FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 19 novembre 1908, à 1 heure

Par **Julien PLEY**

Né à Saint-Omer (Pas-de-Calais) le 5 décembre 1880

DES

NÉVRITES OPTIQUES ET NÉVRO-RÉTINITES

AU COURS DE LA GROSSESSE

ET

PENDANT L'ALLAITEMENT

Président : M. DE LAPERSONNE, *professeur.*

Juges : MM. POZZI et BAR, *professeurs.*
BRINDEAU, *agrégé.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
10, Rue de Vaugirard, 10 *(près l'Odéon)*
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD. DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	G. BALLET.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. N***. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMER
CLAUDE	LABBÉ (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En témoignage de vive reconnaissance
et de respectueuse affection.

Au début de ce travail qui marque la fin de ma vie d'étudiant, je tiens à remercier tous ceux qui ont contribué à mon éducation, et à mon instruction médicale.

Je saisis, avec plaisir, l'occasion de renouveler à mon oncle, le Dr Eugène Pley, ancien chef adjoint à la clinique ophtalmologique de la Faculté de Paris, l'assurance de ma reconnaissance, pour l'affectueux et inlassable intérêt qu'il m'a toujours témoigné au cours de mes études médicales.

Je prie mes maîtres de la Faculté libre de Lille, dont j'ai pu apprécier, en maintes circonstances, le dévouement et la bienveillance, d'agréer l'expression de mes sincères remerciements pour leurs judicieux conseils et leur savant enseignement.

Je remercie aussi mes maîtres des hôpitaux de Paris dont j'ai toujours suivi les savantes leçons avec un grand profit.

Que M. le Dr Chevallereau, médecin de la clinique nationale des Quinze-Vingts ; le Dr Joseph, assistant du service d'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu, et le Dr Coutela, chef de clinique adjoint, me permettent de les remercier de leurs excellents conseils, et des marques de sympathie qu'ils ont bien voulu me donner.

Aux amis, rencontrés au cours de ces années d'études, avec qui j'ai partagé mes heures de travail, en la franche et joyeuse compagnie desquels j'ai passé de bien agréables heures de loisir, j'adresse un cordial et très fidèle souvenir.

Je ne puis oublier le bienveillant accueil que mon maître, le professeur de Lapersonne m'a réservé à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. Après m'avoir inspiré le sujet de cette thèse, il veut bien en accepter la présidence ; j'apprécie vivement cette marque d'estime qu'il me donne, et je le prie de croire à ma respectueuse gratitude.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/desnevritesoptiq0000vari

INTRODUCTION

Les affections oculaires survenant au cours de la grossese et de l'allaitement, ont été depuis longtemps signalées.

On a décrit, entr'autres, des troubles du côté de la musculature de l'œil (asthénopie, diplopie), du côté des milieux transparents, dus surtout à l'évolution d'affections existant déjà à l'état latent : c'est ainsi qu'on a vu évoluer le kératocone. On a noté également des affections du fond de l'œil, telles que choroïdite, rétinite hémorragique, etc. Enfin, sous les titres amblyopie, amaurose, on a groupé des faits de névrites et névro-rétinites albuminuriques.

C'est de ces dernières dont nous nous occupons au cours de ce travail, envisageant surtout le point de vue clinique de la question. Nous avons laissé de côté intentionnellement, l'étude anatomo-pathologique : elle a déjà été exposée très complètement, entr'autres auteurs par Panas et Rémy (*Atlas d'anatomie pathologique*), par Rochon-Duvigneaud, par A. Monthus (Thèse Paris, 1902).

Les névrites optiques gravidiques rentrent évidem-

ment, dans le cadre des névrites périphériques. Il est logique d'admettre, en effet, que le nerf optique peut être atteint des mêmes lésions que les autres nerfs rachidiens ; qu'il peut subir comme eux — et peut-être plus facilement qu'eux, parce que, plus délicat et plus sensible — l'influence d'une intoxication, (syphilis, nicotine, alcool...,) de l'auto-intoxication gravidique. La coïncidence, parfois notée, d'une névrite optique avec une névrite du sciatique, du facial... ou de tout autre nerf, tend d'ailleurs à le prouver. Le fait rapporté par Rogman (obs. 14) en est un exemple intéressant.

*
* *

Il est difficile d'établir une division des névrites optiques au cours de la grossesse et de l'allaitement d'après leur étiologie, puisqu'il n'est pas impossible d'admettre une même cause à la névrite et à la névro-rétinite, une intoxication, une infection. Les toxines élaborées dans l'organisme provoqueraient, suivant les cas, une névrite des cellules visuelles sans signes ophtalmoscopiques, une névrite légère, une névrite avec œdème papillaire, œdème pouvant s'accompagner d'hémorragies et d'exsudats. N'a-t-on pas cité des cas de névro-rétinite d'apect albuminurique sans albuminurie ?

L'évolution peut bien difficilement servir de point de départ à une classification : elle est susceptible de prendre des formes si variées. On voit des névrites d'apparence peu marquées, amener l'atrophie, tandis que des névrites et névro-rétinites avec œdème, hémorragies considérables, décollements même, sont suivies

d'un rétablissement presque intégral et quelquefois complet de la vision.

C'est plutôt en se basant sur les différents aspects ophtalmoscopiques que l'on pourra établir une division des névrites.

D'après ces indications on pourra distinguer :

1° Les *névrites sans lésions ophtalmoscopiques;* névrites des *cellules visuelles,* « amauroses sans lésions ophtalmoscopiques ». On a cité des cas extrèmement rares d'amblyopie albuminurique sans lésions rétiniennes appréciables (Bousseau, de Wecker et Landolt, Galezowski, Winckel.)

2° Les *névrites simples*, dites rétrobulbaires, avec une simple rougeur de la papille ; névrite optique primitive pure telle que l'a signalée Valude (*Ann. d'ocul.,* avril 1892).

3° Les *névrites œdémateuses* avec gonflement de la papille présentant des bords flous, mal limités, comme dans les cas publiés par M. Bar, examinés par le professeur Panas. (Soc. d'obst. de Paris, 19 mai 1904.)

4° Les *névrites hémorragiques*, avec l'aspect œdémateux de la papille s'ajoutant aux hémorragies.

5° Les *névrites exsudatives* dans lesquelles on observe, avec l'œdème prononcé de la papille, des hémorragies, des exsudats rétiniens donnant l'aspect bien connu de la rétinite albuminurique.

Au cours de ce travail, nous employons quelquefois le terme de *névrite optique gravidique,* pour désigner à la fois, la névrite optique pure et la névro-rétinite albuminurique.

HISTORIQUE

Les relations qui existent entre les troubles visuels et l'évolution physiologique et pathologique de l'appareil génital chez la femme, n'avaient pas échappé à l'observation des anciens auteurs. Hippocrate lui-même, avait déjà noté l'influence fâcheuse que peut exercer sur la vision une grossesse, une menstruation irrégulière : la phrase suivante rend compte des faits qu'il a dû observer : « Τά ἀχλυῶδεα γυναίκειων συχνῶν ἐπιφανέντων λύεται. » (*Prénotions coaques :* κωακαὶ προγνώσεις. § 541). Heurnius (1602) (1) parle clairement de l'amaurose gravidique : « Amaurosis ; obscuritas visus : ad oculum pertinentia quædam vitia. Ad oculum pertinet passio illa quâ exeruntur oculi præter naturæ legem. Hoc evenit strangulatis, *ægrè parturientibus*, vel a subito in cursu succorum. Dum a succis sit, affligit carybaria et quædam Mydriasis : a partu cum est, menstruorum succurrit evocatio ; et tandem cucurbitæ occipitio admotæ. »

1. *De morbis oculorum* (p. 46.)

Malpighi (1628-1674) disait dans un de ses livres (1) : « Rolfincius memorat exempla feminarum quæ, quoties gravidæ, obcæcatæ semper fuerunt usque ad partus tempus. » On a donc noté de bonne heure, en même temps que l'aveuglement possible au cours de la grossesse, la fréquence de sa récidive, et aussi sa disparition après l'accouchement. C'est une des premières notions acquises, dont presque tous les auteurs font mention dans la suite.

Nous trouvons rapportés plusieurs faits d'amaurose puerpérale dans les *Mélanges des curieux de la nature :* G. Clauderus (déc. II, ann. 7, obs. 161, p. 313), signale une amaurose chez une femme grosse de sept mois, et pronostique des attaques convulsives, bientôt suivies d'avortement. Seger (décad. I, ann. 3, obs. 161, p. 251-1672), relate un fait semblable.

Au siècle suivant, Maître Jean (1740) et Jean Janin (1772) parlent bien de *la goutte sereine* (amaurosis), mais ne disent mot de ses rapports avec la grossesse ou l'accouchement.

De Saint-Yves (1767), au contraire, en fait clairement mention dans son *Nouveau traité des maladies des yeux.* (*Ch. XXVII : De la goutte sereine parfaite*) «... il y en a une (goutte sereine), dit-il, qui attaque principalement les filles qui ne sont point réglées, aussi bien que les femmes grosses... et j'ai vu souvent des femmes privées de la vue pendant demi-heure, une heure même, et quelquefois deux ou trois jours. Ce der-

1. Malpighi. *De morbis oculorum.*

nier cas arrive quelquefois dans les accouchemens. »

A peu près à la même époque, à propos de la goutte sereine, qu'il appelle « un aveuglement occasionné par la paralysie de la rétine et du nerf optique », Guérin (1770) écrit cette simple phrase : « Une femme de 25 ans environ, perdit la vue après avoir accouché : des sueurs abondantes la lui rendirent... »

Morgagni (1765, *Epistola* XIII), rapporte un cas d'amaurose au cours de la grossesse, dans lequel la cécité disparut après l'accouchement. Beer en cite un autre, dont le sujet resta privé de la vue après la parturition.

Dans le traité de l'abbé Desmonceaux (1786), nous avons relevé des titres de chapitres tels que : « Des accidents qui arrivent aux yeux, pendant la grossesse... après un lait répandu... » Cette dernière expression est curieuse, et traduit, probablement, un allaitement prolongé. Mais, sous ces titres intéressants, nous n'avons trouvé que des généralités sans importance. Il cite simplement « le lait répandu », parmi les causes de goutte sereine.

Pellier de Quensy, dans son *Recueil de mémoires et observations sur l'œil*, paru en 1783, ne relate pas davantage de faits ayant trait à la grossesse ou à l'allaitement. Une seule observation (p. 423) relate « la guérison d'une goutte sereine causée par une suppression des règles. »

Scarpa (1807), de Wenzel (1808) (1) ; Marc Antoine

1. *Manuel de l'oculiste*, t. I.

Petit (1815) (1) au début du siècle dernier, ne font pas la moindre allusion aux troubles oculaires de la grossesse, dans leurs traité ou manuel des maladies des yeux. Dans Gardien (*Traité des accouchements*, 1824) nous avons constaté la même lacune, bien que cet auteur signale la possibilité de troubles de l'ouïe chez les femmes enceintes.

A partir de 1820, nous trouvons une série d'auteurs qui, sans être très complets sur le sujet de l'amaurose gravidique, émettent toutefois leur opinion sur l'étiologie, le pronostic, l'évolution de cette affection.

Delarue (2) (1820) dit « qu'une femme dans les douleurs de l'enfantement, soit qu'il y ait convulsion ou non, peut éprouver un aveuglement instantané, qui cesse, il est vrai, presqu'aussitôt que l'accouchement est terminé. »

Les accidents amaurotiques, au cours des attaques d'éclampsie, n'avaient pas échappé à la judicieuse observation de M^me^ Lachapelle (3). « L'état véritablement torpide de l'encéphale, écrit-elle, est quelquefois porté au point qu'il existe une cécité complète, ou du moins, que la vue est obscurcie par d'épais brouillards. »

Weller, de Dresde (4) (1826), signale « mais seulement dans des cas extrêmement rares, une amaurose survenant à la suite d'une suppression brusque de la sécrétion du lait, chez les femmes en couches. »

1. *Collections d'observations cliniques.*
2. *Traité des maladies des yeux*, p. 392.
3. *Pratique des accouchements*, t. III, p. 11, 1825.
4. *Traité des maladies des yeux*, 3^e^ édition, t. II, p. 41.

A ces notions d'étiologie, de pronostic relativement bénin — les auteurs sont en effet d'accord pour affirmer, dans la plupart des cas, la guérison de l'amaurose peu de temps après la fin de la grossesse — Lawrence (1) ajoute la théorie pathogénique de la « congestion vers la tête », pour expliquer l'amaurose des femmes enceintes. Il incrimine aussi la sécrétion lactée comme cause déterminante d'amaurose, mais à un autre titre que Weller. Il la classe parmi les causes débilitantes, et dans les cas de lactation trop longtemps prolongée.

Carron du Villards (1838) (2) énonce la même opinion. Il considère l'amaurose de la grossesse comme très fréquente, en même temps qu'il en signale la récidive possible au cours de grossesses consécutives. « On a vu, dit-il, des femmes entreprises à chaque nouvelle grossesse, guérir, et rester dans cet état jusqu'à une nouvelle imprégnation. »

J. Sichel (1837) (3) attribue un « rôle important » dans la production de l'amaurose, aux « irrégularités du flux menstruel, à la grossesse, aux douleurs de l'enfantement, à la suppression des lochies, à l'allaitement. » Il paraît avoir mieux observé que ses prédécesseurs, l'amaurose gravidique, son étiologie, ses dates d'apparition. Il en esquisse même une division assez curieuse : pour lui, elle est nerveuse, réflexe, au même titre que les vomissements ; congestive, à la fin, avec des symptômes de congestion cérébrale. Dans un paragraphe

1. *Traité pratique des maladies des yeux*, p. 374.
2. *Guide pratique des maladies des yeux*, t. II, p. 504.
3. *Traité de l'ophtalmie, cataracte et amaurose*, p. 660.

intitulé *Amaurose spinale torpide*, il range celle produite par « l'allaitement trop prolongé, surtout chez des gens nerveux, irritables ». Enfin, sous un dernier titre « amaurose glanglionnaire abdominale,... sympathique, s'expliquant par la continuité des parties du système nerveux ». . il parle encore de certaines amauroses de la grossesse, et paraît alors les considérer comme de simples phénomènes réflexes.

Gustave Jeanselme (1840) (1) ; Pétrequin (1841) (2), et un peu plus tard, Denonvilliers et Gosselin (1855) (3), font silence à peu près complet sur les rapports de l'amaurose et de la grossesse.

Simpson, en 1847, signale la coexistence de l'albuminurie, de convulsions, avec des paralysies, des troubles fonctionnels de la vue et de l'ouïe.

En 1854, F. Churchill (4) relate dans un intéressant article, quatre observations de cécité temporaire à la fin d'une grossesse, ou au cours de l'accouchement. Selon lui, les efforts du travail congestionnent le cerveau. Il attire aussi l'attention sur l'influence que peut exercer l'albuminurie sur le système nerveux : « La cause immédiate, dit-il, des troubles nerveux (convulsions, paralysies générales ou locales), est peut-être

1. *Maladies des yeux d'après les leçons cliniques de M. le Professeur Velpeau.*

2. *Traité pratique de l'amaurose.*

3. *Traité des maladies des yeux.*

4. De la paralysie comme accident de la grossesse et de l'état puerpéral. *Dublin quaterly Journal of Medicine science*, 1854, mai, p. 257.

l'altération du sang par une proportion anormale d'urée » et il cite cette phrase du Dr Simpson d'Edimbourg : « L'albumine, pendant les derniers mois de la grossesse, et pendant l'état puerpéral donne lieu à des troubles du système nerveux, troubles de la vue, de l'ouïe... »

Ces considérations sur l'albuminurie de la grossesse, et son rôle dans l'apparition de troubles nerveux divers, sont intéressantes à relever, d'autant que ces auteurs paraissent être des premiers qui en aient fait mention.

Une lacune nous surprend pourtant dans les observations de Churchill : nous n'y trouvons pas la moindre trace de description de fond d'œil ; et cependant, il y a déjà trois ans qu'Helmholtz a fait sa merveilleuse découverte de l'ophtalmoscope.

Jusqu'à présent, les auteurs que nous avons consultés se montraient peu soucieux d'interpréter les phénomènes qu'ils observaient. La coïncidence d'un aveuglement plus ou moins rapide, plus ou moins complet, plus ou moins durable, avec une grossesse, un allaitement prolongé, une irrégularité du flux menstruel, les avaient bien frappés : mais ils réunissaient tous les cas de cécité gravidique sous un seul et même titre général, indéterminé : l'amaurose.

Il faut arriver jusqu'à Mackenzie (1857), Desmarres (1858), Deval (1862), pour voir le sujet prendre une allure un peu plus scientifique. Ces trois auteurs se complètent l'un l'autre.

Mackenzie paraît bien encore confus, hésitant dans

les déductions qu'il tire de ses observations cliniques.

Il n'envisage pas spécialement les troubles oculaires liés à l'état gravidique : il cite à peine celui-ci, quand il énumère les causes diverses de rétinite, d'amaurose. C'est chez lui, néanmoins, que nous trouvons pour la première fois exposées, l'explication pathogénique de l'amaurose, les conclusions d'un examen ophtalmoscopique, bien que l'emploi de cette méthode paraisse lui répugner un peu (1). « Schauenburg — écrit-il à l'article *rétinite idiopathique* — a décrit une rétinite bouchonneuse ou embolique, fondée sur les lésions de la rétine observées à l'autopsie. Des extravasations sanguines, pointillées, nombreuses, caractérisent une des terminaisons les plus fréquentes de la rétinite, surtout dans les cas à marche très aiguë, et accompagnés de cécité permanente, comme on les observe chez les femmes en couches... il a souvent vu ces taches hémorragiques nombreuses à l'ophtalmoscope. » Plus loin, il ajoute : « Il est quelquefois possible de découvrir des dépôts de pigments dans l'humeur vitrée, des épanchements de sang ou de lymphe plastique, sur la surface ou dans l'épaisseur de la rétine la dilatation variqueuse des vaisseaux de la rétine, la disparition partielle du pigment

1. « *Un pareil examen peut servir à confirmer un pronostic défavorable : mais il ne paraît pas de nature à fournir des résultats bien satisfaisants dans la période primitive et curable de la maladie, outre que son emploi peut ne pas être exempt d'inconvénients.* » *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 778, 1857.

par places, la séparation de la rétine d'avec la choroïde, par suite d'hydropisie sous-choroïdienne (1). »

C'est Mackenzie également qui, le premier, signale l'atrophie papillaire consécutive à une névrite optique gravidique, comme il paraît aussi avoir entrevu la névrite rétro-bulbaire. Il dit à ce sujet : « Il est probable qu'il y a congestion ou inflammation de la rétine ou du nerf optique ; ou que ces nerfs sont le siège d'une atrophie qui s'étend à l'intérieur du crâne... quelques-uns des cas les plus défavorables d'amaurose s'accompagnent d'un état d'intégrité parfaite des humeurs ; la cause du mal résidant, non dans l'œil, mais dans la cavité de l'orbite ou dans l'intérieur du crâne... la période confirmée est souvent un période d'atrophie... il faut examiner soigneusement l'état de la santé générale... si c'est une femme, l'état de son système utérin.» (*Loc. cit.*, p. 774).

Desmarres et Deval deviennent plus précis, plus affirmatifs. Ils consacrent des articles spéciaux aux troubles oculaires de la grossesse.

Desmarres, en effet (2), n'a-t-il pas songé à définir clairement la névrite rétro-bulbaire, le caractère généralement négatif de son examen ophtalmoscopique, et à la différencier d'avec la névro-rétinite et la papillite, quand il écrit: « L'amaurose des femmes enceintes peut

1. Description générale de l'amaurose ; ses sièges divers. (*Loc. cit.*), p. 777.

2. « Maladies de la rétine observées pendant la grossesse et la parturition .» *Traité des maladies des yeux*, 2e édit., t. III, p. 502, 1858.

être rangée sous deux chefs principaux : elle est *cérébrale* ou *oculaire*. La première, symptomatique de congestion, a un début brusque, et ne donne pas de signes appréciables à l'ophtalmoscope... des femmes enceintes de plusieurs mois, perdent momentanément la vue d'un œil ou des deux yeux, sans jamais présenter de signes ophtalmoscopiques... plusieurs cas d'amaurose complète, ou d'altération grave de la vue, si fréquentes chez les femmes enceintes, sont attribués à des lésions de l'innervation. Rien ne prouve que la cécité complète et incurable n'ait pas été le résultat d'une affection cérébrale, que l'examen cadavérique seul aurait pu démontrer. » Il note encore la possibilité d'une atrophie papillaire tardive : « l'amaurose (grossesse, suppression brusque de la sécrétion lactée) est alors symptomatique d'une affection oculaire ou d'une maladie cérébrale, qui aura pour effet éloigné d'atrophier la papille. » (*Loc. cit.*, p. 532).

Nous devons à Deval (1) la première description vraiment détaillée de la rétinite albuminurique. Après l'avoir signalée comme un accident exceptionnel du mal de Bright, il donne le caractère de son évolution au cours de la grossesse. « Je donne, dit-il, mes soins à une femme enceinte de cinq mois, qui en offrait tous les caractères. C'est surtout depuis l'accouchement, que la résorption s'est activement effectuée dans les exsudats. Les papilles ont retrouvé leur teinte rosée, sauf en quelques points. La malade, jadis aveugle, ne con-

1. *Traité des maladies des yeux*, p. 710 (1862).

serve guère qu'un scotome fixe, par rapport à l'axe de la vision. On doit admettre aussi un certain degré d'œdème de la rétine. » Nous trouvons donc signalés ici, au sujet de la rétinite albuminurique gravidique, la date généralement tardive de son apparition, la régression *post-partum* des exsudats, la persistance d'un scotome central, l'œdème de la papille ; en un mot, les caractères principaux de cette affection.

Comme Desmarres, Deval établit une division bien tranchée des amauroses gravidiques et signale l'atrophie papillaire. « Dans d'autres cas, écrit-il, l'amaurose des femmes enceintes n'est pas albuminurique. Elle offre les allures d'une amaurose franchement cérébrale. Chez l'une de mes malades affectée suivant ce mode, la vue qui s'était abolie au septième mois de sa dernière grossesse, ne s'est plus reconstituée après l'accouchement: il y a aujourd'hui atrophie très prononcée des papilles, et le traitement suivi n'a abouti qu'à lui faire distinguer les ombres des corps, tandis qu'elle était auparavant plongée dans les ténèbres. »

Ce n'est que dans le supplément à son traité paru en 1865 que Mackenzie répétant, somme toute, Desmarres et Deval, distingue nettement la « névro-rétinite albuminurique des femmes enceintes, de l'amaurose dépendant d'un état cérébral. »

Quand ils incriminent l'étiologie « cérébrale », ces auteurs, il faut le dire, ne sont pas bien précis. Ils ne parlent pas nettement de névrite simple, n'en donnent pas les signes ophtalmoscopiques caractéristiques, et peuvent par conséquent comprendre sous le titre « céré-

brale », la névrite tabétique par exemple, évoluant au cours d'une grossesse devenue cause déterminante ; ou encore, une névrite causée par une lésion intracranienne (tumeur, hémorragie, gomme, exostose, etc.).

Un grand pas est fait dans l'histoire des amauroses gravidiques. Désormais, on établira toujours la distinction entre les cas qui ne présentent pas de signes ophtalmoscopiques, et ceux qui s'accompagnent de lésions rétiniennes.

« Si l'amaurose des femmes enceintes, écrit Fano (1866) (1), se rattache parfois à l'albuminurie ; dans d'autres cas elle est franchement cérébrale... il faut différencier l'amaurose rétinienne de l'amaurose cérébrale. »

Bousseau, dans sa thèse inaugurale (1868) (2), insiste particulièrement sur la névro-rétinite albuminurique, et relate au cours de l'albuminurie gravidique, des cas, « extrêmement rares il est vrai, d'amblyopie, sans lésions rétiniennes appréciables. »

Dans son traité paru en 1872, Galezowski (3), en parlant de la rétinite albuminurique gravidique, s'arrête particulièrement à la question du pronostic.

Churchill (4) consacre un chapitre spécial aux « affections nerveuses des yeux ». Il les considère comme « très fréquentes chez les femmes enceintes, et leur attribue quelquefois une cause cérébrale ».

1. *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 426.
2. *Des rétinites secondaires*. Thèse Paris, 1868.
3. *Traité des maladies des yeux*, 1872.
4. *Traité pratique des maladies des femmes*, p. 802 (1881).

Au congrès français d'ophtalmologie de 1888, le professeur De Lapersonne (1) communique une très intéressante observation de névro-rétinite albuminurique au cours de la grossesse. Il insiste particulièrement sur la conduite à tenir dans les cas graves.

Les thèses de Janot (2), Bastide (3), Gendron (4), renferment des faits intéressants d'amaurose, de névrite optique, survenus au cours de l'état puerpéral.

De Wecker et Landolt (5) ont bien décrit la névrite rétro-bulbaire, en regard de la rétinite albuminurique.

Dans une monographie importante, Salo Cohn (1890) (6) a réuni les affections oculaires observées au cours de l'évolution physiologique ou pathologique de l'appareil génital de la femme ; il attire surtout l'attention sur la rétinite albuminurique.

Une nouvelle théorie pathogénique, prend jour à peu près à cette époque pour expliquer les troubles divers de la grossesse : l'*auto-intoxication*.

La notion première en revient au professeur Bouchard (1887). En 1891, Bouffe de Saint-Blaise, l'applique à l'éclampsie ; le professeur Pinard l'incrimine dans les cas de vomissements graves, d'œdèmes non albuminuriques.

1. *Bulletin de la Société française d'ophtalmologie*, 9 mai 1888.

2. Rapports morbides de l'œil et de l'utérus ; *Th. Montpellier*, 1892.

3. Troubles oculaires dus à l'état puerpéral; *Th. Paris*, 1893.

4. Affections oculaires d'origine utérine ; *Th. Paris*, 1890.

5. *Traité d'ophtalmologie*, t. IV, p. 90, 1889.

6. Uterus und Auge ; *Semaine médicale*, 26 février 1890, p. 71.

Elle a été invoquée, depuis lors, à maintes reprises pour expliquer les troubles amaurotiques de l'état puerpéral, tant au cours de la grossesse que pendant l'allaitement et jusqu'au retour de couches.

En 1892, Valude (1) signale un fait nouveau : il rapporte un cas de *névrite optique primitive pure* à tendance atrophique. « Sous cette forme, dit-il, nous n'avons pas trouvé dans la science de faits analogues. Cette atrophie optique simple a pu être constatée au cours de l'allaitement, mais on ne l'a pas encore observée pendant la grossesse. Elle ne peut être assimilée aux atrophies qui se rencontrent comme phénomène ultime des rétinites albuminuriques. »

Deval, Desmarres, Mackenzie, avaient bien noté la possibilité d'une atrophie consécutive à une affection « cérébrale » ; mais nous n'avons jamais trouvé dans leurs ouvrages le mot de névrite optique.

Lawford Knaggs (2) publie en 1895, une observation analogue à celle de Valude.

En 1904, M. Bar (3) communique à la Société d'obstétrique de Paris, deux cas — vus en collaboration avec le professeur Panas — « de névrite optique née de la grossesse, sans intervention de lésions rétiniennes, choroïdiennes, dues à l'albuminurie. »

Il attire l'attention sur ces faits, et propose de les classer auprès des polynévrites gravidiques, des névrites

1. *Annales d'oculistique*, avril 1892, p. 271.
2. *Centralblatt für gynœkologie*, 1895, p. 688.
3. Polynévrites et mononévrites gravidiques. *Bull. de la Soc. d'obstétrique de Paris*, 1904, p. 180.

limitées (sciatique, intercostale, trifaciale). Il tend à les assimiler aux névrites toxiques, voyant dans les intoxications nées de l'état de grossesse, une pathogénie identique à celle des troubles causés par le plomb, l'alcool, le tabac, le sulfure de carbone, etc.

Puyo, (1) la même année, dans sa thèse inaugurale expose des conclusions analogues.

Au cours de ces dernières années, l'attention des auteurs a été davantage attirée par les faits de névrite et névro-rétinite gravidiques. Winckel (2), Berger et Lœvy (3) en ont fait une étude très méthodique dans leurs récents ouvrages.

Bistis, Heinzel, G.-S. Derby (4), E. Stocké (5), Fauconnier (6), ont tour à tour relaté des faits intéressants, et publié des articles très documentés.

A la fin de l'année dernière (28 décembre 1907), notre maître, le professeur De Lapersonne, donnait lui-même, dans une leçon clinique à l'Hôtel-Dieu, un exposé précis de l'état actuel de la question.

Dans les traités et manuels d'ophtalmologie parus tout récemment (Lagrange, Truc, Valude et Frenkel,

1. Des névrites gravidiques ; *Th. Paris*, 1904.

2. *Handbuch der Geburtshülfe*, 1904.

3. *Troubles oculaires d'origine génitale chez la femme*, 1905.

4. Névrite optique pendant la lactation. *Arch. of ophtalmology*, 1905. p. 9.

5. Névrite rétrobulbaire aiguë. *Bull. soc. belge d'opht*, n° 19 1905.

6. L'amaurose et la cécité au cours de la grossesse. *Th. Paris*, 1907.

Morax, Terrien, etc.)on trouvera sur cette question des névrites et névro-rétinites gravidiques, des renseignements instructifs, des indications pratiques, surtout au point de vue du traitement qui reste toujours un point délicat et controversé.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE

A la période pré-ophtalmoscopique, les névrites et névro-rétinites étaient toutes comprises dans le groupe des amauroses et amblyopies.

Les anciens auteurs expliquaient l'origine des cas qui se présentaient à leur observation par des théories, le plus souvent hypothétiques.

C'est ainsi que Saint-Yves incriminait « une compression par quelqu'humeur qui tombe sur les nerfs visuels ». D'autres, comme Guérin, invoquaient simplement « une paralysie de la rétine et du nerf optique ». J. Sichel considérait la perte de la vision, au cours de la grossesse, comme un simple phénomène réflexe, un trouble sympathique.

Quand l'ophtalmoscope entra dans la pratique, on reconnut facilement l'existence d'une relation entre l'albumine et la névro-rétinite. Mais il restait encore tout un groupe d'amauroses et d'amblyopies, pour l'étiologie desquelles on émit de nouvelles hypothèses.

Il peut évidemment exister au cours de la grossesse,

des amauroses, des amblyopies réflexes — amaurose sympathique réflexe (Fano, *Traité des maladies des yeux*, 1866) — sorte d'hystéro-traumatisme en dehors des amblyopies accommodatives, bien entendu.

Mais, si nous avons, en second lieu, des névrites apparentes à l'ophtalmoscope, nous avons toute une série de cas, dans lesquels il n'a pas été noté d'altérations du fond d'œil. Nous croyons qu'il peut s'agir ici, comme précédemment, d'une névrite encore localisée aux extrémités ultimes de la fibre nerveuse, aux cellules visuelles elles-mêmes, comme elle a été constatée au cours d'autres intoxications, ainsi que l'a bien montré Druault, dans sa thèse sur l'amblyopie quinique (1900). Il est en effet logique, s'il y a intoxication, névrite, que ce soit les éléments les plus délicats du nerf, qui soient les premiers atteints. La névrite rétro-bulbaire, serait donc bien plutôt, dans le cas qui nous occupe, une névrite endobulbaire. La rougeur de la papille n'en serait alors que la manifestation apparente.

Analogue à la teinte rosée, que l'on observe par exemple, tout à fait au début de l'atrophie tabétique (E. Pley; *in* thèse Emile Haas, 1908 (1) elle peut parfois passer inaperçue ; en outre qu'elle est peu marquée, elle est souvent de courte durée.

Pour expliquer l'amblyopie ictérique, urémique, S. Cohn, et d'autres auteurs, ont invoqué une altération des cellules visuelles. Cela semble logique, puisque l'ap-

1. Les fonctions neuro-rétiniennes dans le tabes. *Thèse Paris*, 1908, p. 66 et 68.

parition des troubles est souvent rapide, brusque même. On comprendrait difficilement qu'il s'agisse d'une altération des vaisseaux, d'une dégénérescence, qui logiquement, doit mettre un certain temps à se produire. Les poisons, alcool, nicotine etc., n'amènent, ni spontanément, ni en quelques jours la sclérose vasculaire.

On a signalé de rares cas de cécité passagère due à un ictère gravidique (S. Cohn, Lütz Landesberg. Berger et Lœvy, *loc. cit.*, p. 128).

Fuchs incrimine comme cause directe de névrite les *troubles de la nutrition* survenant au cours de l'état gravidique. E. Stocké a publié en 1905 (*Bulletin de la Société belge d'ophtalmologie*, n° 19), un cas de névrite rétro-bulbaire aiguë, évoluant pendant une grossesse. Il l'attribue très nettement au fonctionnement défectueux du tube digestif, à l'auto-intoxication gastro-intestinale. Santos-Fernandez avait cité une observation du même genre en 1900 au Congrès international de Paris.

La théorie *congestive* a été préconisée. Lawrence (1830) le premier, accusa la grossesse de donner lieu à de « violentes congestions vers la tête », amenant à leur tour, une congestion, une inflammation de l'appareil nerveux optique, et l'amaurose. J. Sichel (1837), Churchill (1854), Mackenzie (1857), Desmarres (1858), Deval (1862), S. Cohn (1890), adoptent successivement la même manière de voir.

Pour expliquer les cas de perte rapide, ou brusque de la vision, Galezowski (*Traité des maladies des yeux*, 1872, page 564) pense qu'il se produit une congestion

momentanée du « centre nerveux de la vision et plus probablement des tubercules quadrijumeaux. »

Valude, de son côté, attribue la névrite optique gravidique à une « congestion papillaire », analogue d'ailleurs, à celle que l'on rencontre parfois au cours des périodes menstruelles ; cette congestion devient permanente avec l'apparition de la grossesse, et une véritable névrite optique est alors créée avec toutes ses conséquences. (*Ann. d'ocul.*, page 275. T. CVII, avril 1892).

Nous admettons l'existence de ces phénomènes congestifs, de ces troubles vaso-moteurs, pour expliquer le début brusque de la perte de la vision (A. Terson fils). Mais, s'il y a névrite, c'est-à-dire, inflammation du nerf optique, ne peut-on pas admettre que cette congestion ne soit la cause ou la conséquence de la névrite due à l'intoxication. A cette dernière, reviendrait alors le rôle principal.

Lawrence avait déjà dit que la congestion amenait à son tour l'*inflammation*, et comme conséquence, l'amaurose.

L'*importance du rôle joué par l'intoxication* a été mis en avant depuis longtemps. Si les intoxications dues à des substances inorganiques ou organiques (plomb, quinine, alcool, sulfure de carbone, etc.) peuvent engendrer des névrites optiques, pourquoi, en effet, n'en serait-il pas de même des intoxications nées de l'état de grossesse ? Cette opinion a été défendue entr'autres auteurs, par le professeur Bar, par le professeur De

Lapersonne. Möbius (1) estime qu'il est logique d'admettre dans l'étiologie de la névrite optique gravidique, une auto-infection dépendant de la puerpéralité.

« Les affections du nerf optique dans la gravidité — disent Berger et Lœvy (2) — sont dues à une *auto-intoxication établie par l'apparition d'un scotome central* analogue à celui de l'alcool, du tabac, du diabète, etc. »

Opin et Rochon-Duvigneaud, dans un article très documenté (3), insistent sur le rôle étiologique de l'auto-intoxication. En Allemagne, Winckel se rattache aussi à cette idée, comme d'ailleurs le professeur Uhthoff (4).

Le professeur Pinard, précisant l'origine de l'auto-intoxication gravidique, avait déjà attribué un rôle prépondérant à l'*insuffisance hépatique*. « S'appuyant sur des preuves cliniques, expérimentales, anatomo-pathologiques, thérapeutiques, il a établi qu'un certain nombre d'accidents et de complications de la grossesse (vomissements, névrites, éclampsie), sont sous la dépendance de l'état du foie. Le rein n'aurait qu'une action secondaire, quoique souvent très importante ; et l'albuminurie gravidique ne serait d'habitude qu'une complication, et le plus souvent, un signe de l'insuffisance hépatique.

1. *Munchener, med. Woch.*, n° 9, 867. Neuritis puerperalis.

2. *Troubles oculaires d'origine génitale chez la femme* 1905, p. 135.

3. *Journal de physio. et de patho. génér.*, 1903, p. 108.

4. XIII[e] Congrès intern. de 1900. Rapport sur la névrite optique toxique.

Il ne faudrait pas négliger de rechercher les causes de cette insuffisance dans l'hérédité, et dans ce fai aussi que la glande hépatique n'est souvent saine qu'en apparence. Bouffe de Sainte-Blaise, l'a d'ailleurs bien montré dans un intéressant rapport au Congrès périodique de gynécologie, obstétrique et pédiatrie de 1898.

Il convient aussi de signaler l'étroite solidarité qui unit le foie à l'intestin. La constipation si fréquente chez les femmes enceintes, prédispose à l'élaboration des toxines dans le tube intestinal. Elle pourra avoir de cette façon un retentissement fâcheux sur la glande hépatique.

Les névrites n'apparaissent souvent d'ailleurs, pas isolées. Elles font souvent partie d'un cortège de symptômes qui eux, relèvent bien de l'*hépato-toxhémie.* » (Puyo, thèse ; Paris, 1904).

Il est donc généralement admis que c'est une toxhémie qui est l'origine de la névrite simple, dite rétrobulbaire ; mais, ne peut-elle pas aussi être la cause de la névrite, ou névro-rétinite albuminurique ?

L'albumine, en effet, n'est qu'un symptôme ; elle peut même faire défaut. Abadie (1) dit avoir observé des malades qui avaient des lésions rétiniennes, très avancées sans pourtant présenter la moindre trace d'albumine dans les urines.

De Wecker et Landolt (2) émettent aussi cette opinion.

Rochon-Duvigneaud (*loc. cit.*) dit que « les *altérations*

1. Considérations nouvelles sur la rétinite dite albuminurique *Soc. méd. prat. Union médicale*, n° 140, p. 627. Octobre 1882).

2. *Traité d'ophtalmologie*, t. IV, 1869.

rétiniennes relèvent de *l'action directe des toxines.* »

Cette toxine enfin, est-elle un produit anormal fabriqué, dans quelques cas seulement, par l'organisme au cours de la grossesse ? ou bien, au contraire, son élaboration est-elle une conséquence régulière de l'état de grossesse, et ne serait-elle nocive que quand l'organisme est particulièrement affaibli, ou que l'éliminatio ne s'en fait plus normalement? Nous en sommes réduit, sur ce point, à des hypothèses. Il est logique, en tous cas, de penser que parfois, la grossesse puisse agir comme cause déterminante, en affaiblissant l'organisme, au même titre par exemple que des hémorragies (1).

On peut observer *pendant l'accouchement,* comme au cours de la grossesse, des cas d'amblyopie ou d'amaurose brusques. Saint-Yves (1767), Delarue (1820), signalaient déjà des faits de ce genre, sans chercher toutefois à en donner une explication. Mackenzie (1857) les considérait comme survenant fréquemment pendant un accouchement lent et laborieux. Il en attribuait la cause directe à une congestion cérébrale. Desmarres (1858), Churchill, Fano (1866), partageaient la même opinion. J. Sichel mentionnait « les douleurs de l'enfantement parmi les causes de l'amaurose congestive. » « Pendant l'accouchement, les troubles sont surtout congestifs et hémorragiques », lisons-nous dans le traité de Truc, Valude et Frenkel (p. 347).

1. Assicot. Pathogénie des amauroses post-hémorragiques. *Arch. d'opht.,* mai 1902, p. 322.

Certains auteurs, dont Berger et Lœvy, attribuent à l'hystéro-traumatisme une partie des cas d'amblyopie et d'amaurose de l'accouchement. D'autres invoquent encore une étiolo gie différente.

Ils incriminent une anémie aiguë résultant de l'hémorragie utérine plus ou moins abondante, chez une femme déjà affaiblie par sa grossesse, ou même, chez une femme robuste et bien portante. (Lagrange, *Précis d'ophtalmologie,* 1907).

Grossman a émis cette idée que « les amblyopies et amauroses consécutives à des métrorragies après l'avortement sont dues à des neuro-rétinites, et qu'on peut admettre avec certitude que le processus représente une dégénérescence du nerf optique remontant du bulbe vers le chiasma. » (*Archives d'ophtalmologie,* 1883).

Citons en passant à titre de curiosité l'opinion de Samelsohn (1) concernant les amauroses survenues après une perte de sang considérable. « Au moment où l'hémorragie se produit, une partie du sang de la cavité cranienne sort de cette cavité à parois inextensibles. Le vide ainsi déterminé est comblé par l'arrivée de la lymphe des gaines lymphatiques des vaisseaux, et par le liquide céphalo-rachidien. Plus tard, quand les mouvements du cœur reprennent leur énergie, et que la masse du sang est de nouveau augmentée, celle-ci est restituée au cerveau. La pression s'accroissant alors de nouveau dans la cavité cranienne, la lymphe est chas-

1. *Arch. für ophtalmologia*, t. XVIII, 2e partie.

sée entre les gaines externes et internes du nerf optique, qui communiquent, comme on sait (Schwalbe) avec l'espace arachnoïdien. Le liquide ainsi accumulé autour du tronc des nerfs optiques les compriment et déterminent la cécité. » Pour ingénieuse que soit cette théorie, elle n'a pas rallié de nombreux partisans.

Gendron (1) invoque l'anémie cérébrale et les altérations du sang, consécutives aux hémorragies abondantes après l'accouchement pour expliquer les amblyopies brusques. « Le sang altéré, dit-il, ou diminué dans sa quantité, n'apporte aux éléments nerveux qu'un suc nourricier défectueux ou insuffisant. »

Berger et Lœvy estiment que les troubles oculaires tardifs sont dus à « l'*auto-intoxication* provoquée par la diminution de la quantité du sang, se manifestant par une névrite toxique du nerf optique. Le scotome central est en faveur de la théorie toxique. »

D'après Bistis (2), « dans la plupart des cas il s'agit bien d'une intoxication à l'instar de celles produites par l'alcool, le tabac ou d'autres poisons. » Nous tenons pour probable, ajoute-t-il, que la perte sanguine provoque un changement dans la composition du sang, avec formation, peut-être, d'une substance toxique, agissant sur les nerfs optiques. » Et il note aussi l'existence du scotome central. (Voir obs. 23.)

Cette toxhémie peut évidemment occasionner une névrite au moment de l'accouchement et être ainsi la cause de l'amblyopie ou de l'amaurose.

1. Affections oculaires d'origine utérine, *thèse Paris*, 1890.
2. *Arch. d'oph.*, t. XXVIII, janvier 1908, p. 39.

Mais il pourrait aussi s'agir d'une névrite latente (Terrien (1)) ayant débuté au cours de la grossesse ; l'accouchement n'agissant alors que pour hâter *brusquement* son évolution.

Les pertes brusques de vision sont d'ailleurs un fait bien connu au cours des névrites toxiques ; éthyliques, par exemple. Le professeur Panas citait volontiers des faits qu'il avait eu l'occasion d'observer fréquemment pendant le siège de Paris : à plusieurs reprises, des soldats que les privations et le froid contribuaient à rendre alcooliques, se présentèrent à sa consultation pour une perte brusque, plus ou moins complète, de la vision ; ils disaient avoir « la vue brûlée ». Le froid, dans ces cas, était la cause occasionnelle de l'amblyopie brusque.

L'infection peut encore concourir à la production de la névrite de l'accouchement (2). Le professeur De Lapersonne a insisté particulièrement sur son rôle dans un certain nombre de faits où on peut relever dans les antécédents de la malade des phénomèmes dus soit à l'infection proprement dite, soit à l'auto-intoxication.

L'accouchement peut donc, par suite de la perte sanguine qui l'accompagne, des troubles du système nerveux qui en sont la conséquence, provoquer une névrite pure, ou bien amener l'évolution brusque d'une névrite latente. La névro-rétinite-albuminurique ne peut-elle pas également apparaître au moment de l'ac-

1. *Gazette des Hôpitaux*, septembre 1903.

2. Janot. Rapports morbides de l'œil et de l'utérus. *Th. Montpellier*, 1892.

couchement et du fait de celui-ci ? Cela semble logiquement possible.

Il existe des cas d'amblyopie survenant brusquement pendant l'accouchement chez des femmes qui avaient une néphrite albumineuse chronique, alors que l'examen ophtalmoscopique ne révèle aucune altération de la rétine (Desmarres). Cette amblyopie peut, nous semble-t-il, reconnaître comme cause l'action directe des toxines sur la cellule nerveuse visuelle : l'affaiblissement dû à l'accouchement pouvant encore ici, jouer le rôle de cause prédisposante.

Pendant *la période de la lactation*, on est aussi exposé à rencontrer des complications oculaires, des cas indiscutables de névrite, rétro-bulbaire ou endo-bulbaire (obs. 11).

Nettleship (1) rapporte un cas de névrite optique monoculaire chez une jeune femme de 22 ans, qui nourrissait son premier enfant. La vue ne revint que partiellement ; le nerf optique resta décoloré. Il en cite ailleurs (2) quatre autres cas dont deux guérirent complètement, tandis que dans les autres la papille garda l'aspect d'une atrophie légère. Mais dans aucun de ces cas il n'y a eu malheureusement d'examen ophtalmoscopique pendant l'état aigu de l'affection.

La femme dont parle Heinzel (obs. 15), fut prise après un accouchement régulier d'une cécité binoculaire. Elle

1. On cases of retro-ocular neuritis, case 25. *Transactions of the Ophtal. society of the kingdoms*, vol. IV, 1884.

2. *Royal London Ophtal. Hospital reports*, vol. XIII, 2, 1891, p. 97.

allaitait son enfant. A l'ophtalmoscope, on trouva une légère névrite optique double. Le même auteur publiait plus tard trois autres cas analogues, de la clinique du professeur Fuchs (1).

Axenfeld (2) décrit une cécité unilatérale au cours de la huitième semaine de la lactation. L'examen ophtalmoscopique lui révéla une névrite optique avec scotome central, qui persista trois semaines environ. Schmidt-Rimpler (3), mentionne le cas d'une femme âgée de 24 ans. Il s'agissait d'une névrite rétro-bulbaire monoculaire apparue pendant la lactation. L'œil gauche comptait à peine les doigts à 0, 35 centimètres; il présentait un scotome central d'à peu près 15°; la papille était pâle. L'acuité visuelle se rétablit au bout de six semaines ; mais, la papille gauche restait nettement décolorée en partie du côté temporal.

Non seulement la névrite rétro-bulbaire a été observée au cours de l'allaitement ; mais encore la névro-rétinite, ou tout au moins, l'aspect de cette névro-rétinite.

Nous empruntons à Bistis (4), le résumé de la curieuse observation suivante due à Heinzel. « Une femme, âgée de 38 ans, pendant les trois dernières semaines de sa

1. *Beiträge zur Augenheilkunde*, Heft 21, 1895.

2. Augenerkrankungen während der schwangerschaft des Wochenbettes, und der Stillungszeit. *Monatsschrif für Geburtshilfe und Gynækologie*, Bd. II, Helft 6. 1895.

3. Die Erkrankungen des Auges in Zusammenhang mit anderen krankheiten, 1898, p. 386.

4. Complications oculaires pendant la lactation. *Arch. d'opht.*, juillet 1904, p. 456.

troisième grossesse, avait souffert de maux de tête, qui cessèrent quelques jours après l'accouchement. On remarqua une diminution de l'acuité visuelle. L'examen de celle-ci, quinze jours après l'accouchement, donna 5/8 à droite, et 5/6 à gauche. Le champ visuel montrait un rétrécissement concentrique léger. Malgré ce petit trouble fonctionnel, le fond d'œil présentait des altérations importantes : La papille optique était très gonflée, les artères étroites, les veines de grosseur physiologique. Dans le tissu de la papille, ainsi que dans la rétine avoisinante, il existait plusieurs taches blanchâtres en rayons, et des hémorragies. Le tableau ophtalmoscopique était à peu près le même des deux côtés ; à gauche seulement existaient sur la papille et près d'elle, quelques hémorragies plus grandes. »

Dans le cas que nous rapportons, de Bistis (obs. 22) il y a un trouble rétinien autour de la papille ; et, dans la rétine, autour de la papille, en dehors et en bas, plusieurs petites taches hémorragiques. Ici, pas d'infiltration rétinienne, comme dans l'observation précédente ; mais, voilà une névro-rétinite qui se rapproche bien de la névro-rétinite albuminurique *atypique*, dans son aspect ophtalmoscopique.

Il existe donc des névrites et névro-rétinites, au cours de l'allaitement : à quelles causes les attribuer ?

Knies, Nettleship, Schmidt-Rimpler les rapportent à la fatigue de l'organisme occasionnée par la lactation ; à l'anémie chronique, provoquée surtout par l'allaitement trop prolongé. C'est une opinion ancienne d'ailleurs. Lawrence (*loc. cit.*) signalait déjà la lactation

prolongée comme cause débilitante capable de provoquer des troubles visuels. Nous trouvons la même idée exposée dans les ouvrages de Carron du Villards (1), Ashwell (2), Van Roosbrock (3), Scarpa et Rognetta (4). J. Sichel (5) décrit une « amaurose spinale torpide », produite par l'allaitement trop prolongé.

Mackenzie (6) est d'avis également que la lactation trop longtemps continuée peut donner lieu, en épuisant l'organisme, à une « *inflammation* de la rétine ou du nerf optique » : il en relate plusieurs exemples dans les *Annales d'oculistique* (t. XXI, p. 162), concernant des femmes qui avaient allaité, pendant dix, douze, dix-huit mois.

« Une malade, écrit Deval (7), me dit qu'elle voyait, bien que peu, de l'œil gauche : La vision baissa graduellement pendant qu'elle nourrissait, et dix-huit mois après le début de l'allaitement, elle était abolie. »

Fano (8) pense que « l'affaiblissement, comme dans la chlorose », est la cause des troubles visuels survenant après une lactation prolongée. Plus tard, Power et Taylor (9) donnent l'allaitement excessif comme

1. *Guide pratique des maladies des yeux*, t. II, p. 505, 1838.
2. *Pratical treatise of the diseases ocular to women*. London, p. 125, 1844.
3. *Cours d'ophtalmologie*. Gand, 1853, t. II, p. 499.
4. *Traité pratique des maladies des yeux*, p. 499, Paris, 1885.
5. *Traité de l'ophtalmie, cataracte et amaurose*, p. 725, 1837.
6. *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 771, 1857.
7. *Traité des maladies des yeux*, p. 695, 1862.
8. *Traité des maladies des yeux*, p. 430, 1866.
9. *Medical Times and Gaz.*, juillet 1885.

pouvant produire un abaissement d'acuité allant parfois jusqu'à l'amaurose. »

Jacobson (1) a décrit nettement l'envahissement du nerf optique. Il trouva chez des femmes qui allaitaient trop longtemps, une papillite légère, avec des hémorragies disséminées çà et là dans la rétine, et aboutissant rapidement à l'atrophie du nerf.

Salo Cohn, enfin, se demande si l'allaitement prolongé ne place pas simplement la femme dans un état propice au développement d'un processus, créé déjà pendant la grossesse : d'une névrite optique latente.

La théorie pathogénique de l'intoxication, entrevue par Mackenzie, se précise avec Heinzel (2). Il considère la névrite optique comme due surtout à l'action de poisons agissant comme le plomb, l'alcool, le tabac, la quinine, et conclut que dans la névrite optique, à la suite de l'allaitement, il s'agit aussi d'une intoxication, à savoir d'une « auto-intoxication causée par des substances albumineuses développées pendant la période de la lactation. » C'est également l'avis de Berger et Lœvy (3) qui admettent la formation de toxalbumines provoquant une *véritable névrite périphérique toxique.*

L'infection aussi, peut être mise en cause avec l'auto-intoxication. Comme l'a très bien fait remarquer Ter-

1. *Beziehungen der Veræn derungen und krankheiten des Sehorgans zur Allgemeinleiden und Organerkrankungen.* Leipzig, 1885, p. 39.

2. *Beitræge zur Augenheilkunde*, Heft, 21, 1895.

3. *Troubles oculaires d'origine génitale chez la femme*, p. 210, 1905.

rien (1) : « A part quelques troubles fonctionnels, comme l'*asthénopie accommodative* et *les douleurs névralgiques*, accompagnant la vision de près — tous phénomènes plus marqués chez l'hypermétrope, soulagés par le port de verres convexes disparaissant avec la suppression de l'allaitement et pouvant résulter simplement de l'affaiblissement du sujet — tous les autres reconnaissent une origine infectieuse ou toxique. Ce n'est donc pas l'allaitement seul qu'on peut incriminer et l'épuisement qu'il détermine, mais une infection survenue au moment de l'accouchement ou une auto-intoxication l'ayant précédé. La lactation ne les cause pas davantage qu'elle ne détermine la soi-disant fièvre de lait décrite par les anciens auteurs. »

En somme l'apparition de la névrite optique au cours de l'allaitement serait due à une toxhémie, à une auto-intoxication. L'affaiblissement de l'organisme, l'anémie qui en résulte ne peuvent évidemment contribuer au développement de cette névrite que comme cause prédisposante. En effet dans plusieurs cas observés (obs. 15. 22 : Nettleship, Voir p. 57) la femme en cause était robuste et bien portante.

Dans un autre ordre d'idées on a signalé des cas de névrite optique évoluant à la suite d'une *suppression brusque de la sécrétion lactée.* Weller (2), Desmarres (3), Deval (4) en faisaient déjà mention dans leurs écrits.

1. *Gazette des hôpitaux*, 26 septembre 1903.
2. *Traité des maladies des yeux*, p. 41, 1826.
3. *Traité des maladies des yeux*, p. 532, 1858.
4. *Traité des maladies des yeux*, p. 688, 1862.

Himly pense que dans ces faits, il s'agit « d'une influence analogue à celle qui se manifeste dans les névrites apparaissant lors de la suppression des menstrues : celle-ci ayant pour effet de provoquer une congestion des organes périphériques, des nerfs, un véritable processus inflammatoire. » Rogman (1) a noté aussi la coïncidence de l'apparition des symptômes oculaires avec la suppression de la sécrétion (obs. 14). D'après lui « l'arrêt de la lactation, au lieu de la provoquer dépendrait, avec la névrite optique, d'un état général, d'une affection du cerveau. Cette fonction se supprimerait directement, ou par voie nerveuse, comme dans les maladies graves, les sécrétions, gastrique, sudorale, salivaire. »

Il est évidemment possible que la suppression brusque de la sécrétion lactée puisse dépendre d'une « affection du cerveau » ; que ce soit dans certains cas, un simple phénomène réflexe. Mais, ce phénomène réflexe ne nous paraît pas suffisant pour expliquer l'apparition d'une névrite, et nous admettrons encore ici une infection, une intoxication, comme cause initiale.

La suppression de la sécrétion lactée agirait alors comme la suppression des règles, en favorisant l'évolution d'une auto-intoxication (Winckel), et la pathogénie de la névrite optique dans ces cas, ne serait pas sans analogie avec celle des iritis, irido-cyclites, etc., survenant assez fréquemment à la période de la ménopause.

1. *Annales d'oculistique*, t. 112, p. 161, 1894.

Les névrites optiques survenant au cours de l'allaitement relèvent donc toutes d'une origine toxique. Précisant davantage, Hagemann (1) a établi expérimentalement que la destruction des substances albuminoïdes de l'organisme se fait plus vite chez une femme qui allaite. Or il est probable qu'il se développe alors des substances nuisibles provoquant la névrite optique (Heinzel).

« Si les complications oculaires observées, — conclurons-nous, avec Bistis, — ne sont pas fréquentes, relativement à la fréquence de l'allaitement, ceci, croyons-nous, ne peut diminuer la valeur de l'auto-intoxication dans la genèse de l'affection. Nous savons d'ailleurs que d'autres amblyopies toxiques, comme celle résultant de l'abus du tabac, de l'alcool, ne sont pas du tout en proportion, quant à la fréquence, avec l'usage répandu et prolongé de ces substances.

Nous devons seulement accepter la présence de quelques conditions encore inconnues qui contribuent au développement de l'auto-intoxication. »

1. *Archiv. für Physiologie*, 1870.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Les signes de névrite sont fonctionnels et ophtalmoscopiques.

A l'ophtalmoscope, ou peut n'avoir *au début,* aucune modification du fond d'œil, ni du coté de la papille, ni du côté de la chorio-rétine. Mackenzie (*loc. cit.*, p. 774), Desmarres (*loc. cit.*, p. 501), Fano (*loc. cit.*, p. 448), avaient déjà cité des cas d'*amaurose de la grossesse sans lésions à l'ophtalmoscope.*

Il peut exister une *légère teinte rosée,* uniforme de la papille ; celle-ci restant toutefois bien limitée. Cette teinte rosée peut s'étendre à toute la papille ou, dans d'autres cas, être limitée au seul segment temporal, comme dans la névrite éthylique par exemple. Les vaisseaux conservent leur aspect normal : on n'observe aucune altération du vitré, ni de la rétine. Cette forme de névrite a été très bien décrite, entr'autres auteurs, par Valude (1).

1. *Ann. d'oculistique*, avril 1892, p. 272.

Dans d'autres cas on constate un certain degré d'*œdème de la papille*, avec modifications ou non du côté des vaisseaux. Ce sont des cas de ce genre que M. Bar publia en 1904 (1) et que nous rapportons plus loin (obs. 21). « L'examen ophtalmoscopique, écrit-il, montra de l'œdème papillaire : M. Panas manifesta des craintes d'atrophie papillaire par névrite. Il n'y avait ni hémorragies rétiniennes, ni aucune des lésions accoutumées de l'albuminurie gravidique. »

M. Panas diagnostiqua aussi pour la seconde malade « une atrophie par névrite optique, sans qu'il y eût de lésions d'autre nature. »

On peut encore observer le même œdème papillaire auquel viennent alors s'adjoindre *des hémorragies*. Elles sont souvent prépapillaires, généralement peu étendues ; le vitré, la plupart du temps, demeure intact.

Enfin avec une papille œdémateuse, à bords mal limités, infiltrés au point que les vaisseaux sont recouverts d'exsudats à certains endroits, l'examen optalmoscopique découvre des veines fortes, tortueuses, des hémorragies nombreuses, des *plaques blanchâtres* d'*infiltration rétinienne*, pouvant affecter, dans la région maculaire, un aspect étoilé : c'est le tableau de la rétinite albuminurique.

Lorsque l'examen du fond d'œil se fait *à une période avancée* de la maladie, l'image ophtalmoscopique change complètement d'aspect.

1. *Bulletin de la société d'obstétrique de Paris*, 19 mai 1904, p. 182.

On peut trouver une *papille décolorée* — totalement ou partiellement, — avec des bords nets, et aucune autre lésion du fond d'œil. C'est le résultat d'une névrite, et même d'une névrite à type albuminurique : en effet des exsudats, des hémorragies profuses, peuvent parfois disparaître sans laisser de trace. Chose curieuse, l'acuité peut être bonne avec une telle papille.

Le contour papillaire peut avoir perdu de sa netteté, si l'œdème a été très accentué, et les lésions chorio-rétiniennes peuvent laisser des *traces d'atrophie choroïdienne*, avec *dépôts pigmentaires*.

Le Dr Jean Galezowski a eu l'obligeance de nous communiquer une très intéressante observation, ce dont nous le remercions bien vivement. Il signale comme reliquat de neuro-rétinite une série de taches pigmentaires disséminées sur la rétine, dans les deux yeux, tenant l'intermédiaire par leur forme, entre celles de la rétinite pigmentaire pure, et celles de la chorio-rétinite. Ces taches siègent principalement autour de la papille (obs. 6).

Ces signes ophtalmoscopiques de névrite et de neuro-rétinite n'ont pas de caractère spécial, de ce fait qu'ils sont la conséquence d'une intoxication relevant de l'état de grossesse. Aussi, la question du diagnostic nous paraît-elle insuffisamment résolue si l'on s'en tient à leur seul examen ; et l'étude des signes fonctionnels est indispensable, pour éviter toute erreur d'interprétation.

Lorsque l'on a constaté à l'ophtalmoscope les signes de névrite ou de névro-rétinite que nous venons d'ex-

poser, le diagnostic est aisé à établir. La question devient plus délicate en l'absence de ces signes, alors que la malade accuse simplement de l'amblyopie monoculaire ou binoculaire.

Cette amblyopie peut dépendre d'affections dues ou non à la grossesse.

Elle peut être causée par une *conjonctivite* légère avec larmoiement ; par une *blépharo-conjonctivite* (Middlemore), (1), une *kératite*, etc. Le *kératocône* constitue quelquefois une complication de l'état de grossesse ; ou bien cet état accélère simplement son évolution ; et, quand il est peu marqué, la malade ne consulte souvent que pour une amblyopie plus ou moins accentuée. Il faut penser à le rechercher : nous avons observé dernièrement un cas de ce genre.

Il faut ensuite penser à éliminer les affections de l'iris; l'*iritis torpide* surtout, qui peut recouvrir d'exsudats la partie postérieure de la cornée ou même l'orifice pupillaire.

La transparence du *cristallin* doit être vérifiée. De légères craquelures (Rochon-Duvigneaud), visibles seulement à un faible éclairage peuvent troubler considérablement la vision, et Mooren (2) a observé, chez une jeune femme, pendant l'allaitement, le développement d'un trouble du pôle postérieur du cristallin, coïncidant, il est vrai, avec des troubles du corps vitré.

1. *Treatise of the diseases of the eye*, London, I, 1835, p. 297.

2. *Gesichtsstœrungen und Uterinleiden.* Wiesbaden, 1898, p. 82-83.

Il ne faut pas négliger d'examiner soigneusement le vitré ; car un trouble léger peut indiquer, comme on le sait, un *début de chorio-rétinite.*

Si, après un examen semblable, on ne trouve rien pour expliquer l'amblyopie, il faut alors procéder à un *examen fonctionnel*, méthodique et minutieux.

C'est *la réfraction* qu'il faut tout d'abord contrôler. Une femme enceinte hypermétrope, astigmate même dans une certaine mesure, et qui corrigeait habituellement ce défaut de réfraction, peut très bien, du fait de l'affaiblissement général dû à la grossesse, ne plus pouvoir fournir cet effort d'accommodation. Elle a alors une très mauvaise vision de près, et même de loin, si l'hypermétropie est suffisamment prononcée.

Une emmétrope peut aussi souffrir d'une parésie d'accommodation, rendant la vision de près très défectueuse, parfois même impossible. La baisse de vision, dans ces cas d'asthénopie accommodative, (Hutchinson, Collins,) (1) peut être brusque, à tel point que la malade, vivement impressionnée, — l'imagination aidant quelquefois — accusera une cécité complète.

L'examen skiascopique, ophtalmométrique, un choix de verres appropriés conduiront au diagnostic.

Un fait curieux à signaler, c'est la coïncidence d'une certaine rougeur de la papille, d'une sorte de stase (pseudo-stase des hypermétropes), avec l'hypermétro-

1. Hutchinson : *Failure of sigth during lactation and its meaningas a Sympton. Ophthal. Hospit. Reports*, VII, p. 38, 1871.

Collins : *On some cases of cycloplegia or failure of the accomodation. Lancet*, II, 1886, p. 861.

pie. Nous avons eu à examiner dernièrement (obs. 3) une jeune femme, primipare, qui se plaignait de troubles visuels marqués de l'œil droit. En pratiquant l'examen ophtalmoscopique, et après avoir regardé avec grand soin, la papille à l'image droite, nous avons été frappé par sa teinte uniformément rosée : c'était l'aspect que l'on rencontre dans certains cas de névrite (page 44). Le fait était d'autant plus évident, que la malade n'accusait d'abaissement de vision que d'un œil, et que la comparaison entre les deux papilles rendait cette pseudo-névrite plus apparente. Mais, l'examen attentif de la réfraction et le choix de verres nous ont facilement permis d'éliminer la névrite au profit d'un trouble accommodatif.

L'examen ophtalmoscopique, l'examen des différentes parties de l'œil, l'examen de la réfraction, ne suffisent pas à expliquer l'amblyopie, dans certains cas. Il faut alors penser à l'amblyopie ex-anopsia chez une hypermétrope corrigeant sa réfraction, et ayant de ce fait du strabisme latent. L'atropinisation, l'examen au diploscope de Rémy rendront ici de grands services.

Enfin il faut penser à l'hystérie. Bien que les cas d'amblyopie et d'amaurose gravidiques dus uniquement à celle-ci soient rares, M. Hamon du Fougeray, Galezowski, Déjerine, en ont cependant noté quelques observations. Ici, les examens fonctionnel et ophtalmoscopique ont un résultat négatif. C'est surtout l'examen de l'état général de la malade, de ses antécédents nerveux, qui aidera à faire le diagnostic.

L'*examen du champ visuel* rendra de grands servi-

ces. Il n'est pas seulement utile dans les cas d'hystérie probable : il pourra aussi contribuer à faire prévoir la névrite alors que les examens antérieurs n'auraient donné aucun résultat.

Le professeur De Lapersonne a bien souvent insisté sur ce précieux moyen de diagnostic.

On pourra noter l'existence d'un *scotome central* complet ou relatif (obs. 6 et 23) (Axenfeld) (1). La malade a encore une vision à peu près normale, mais il lui faut un éclairage particulier, ni trop faible, ni trop brillant. Notons toutefois que le scotome peut manquer avec des signes évidents de névrite (Heinzel) (2).

On rencontre, dans certains cas, un *rétrécissement du champ visuel*, soit concentrique (obs. 11. 12, 15) (Heinzel) (3), soit en coche.

Chevallereau a noté des cas d'hémianopsie à la suite de fortes hémorragies.

Un examen qu'il ne faudra pas non plus négliger, c'est celui de *la musculature des yeux*. Il y aura lieu de rechercher s'il ne s'agit pas de diplopie chez une femme qui, ne sachant pas définir ce trouble de la vision, se plaint simplement d'un abaissement de son acuité visuelle. Nous en avons observé un cas intéressant chez une femme au cours de l'allaitement de son septième enfant. Elle avait toujours joui et jouit encore d'une excellente santé ; n'avait aucune tare héréditaire. Elle avait supporté chacune de ses grossesses et nourri tous ses enfants, sans aucun incident notable. Elle

1, 2, 3. Voir plus haut pages 37-38.

n'avait pas d'astigmatisme ; elle était emmétrope. Elle accusait de la diplopie, quelquefois pour voir au loin, presque toujours pour voir de près. Il a suffi de prescrire un repos approprié (lecture, travail à l'aiguille...) pour que la diplopie disparaisse assez rapidement.

Nous n'oublierons pas, en dernier lieu, lorsqu'il y a une névrite évidente, de faire la part des causes d'*intoxication étrangère* à la grossesse (alcool, tabac, quinine, sulfure de carbone (obs. 1)...) Dans ces cas, les indications du traitement seront évidemment toutes différentes.

EVOLUTION. PRONOSTIC

Il est bien difficile de fixer à coup sûr le pronostic d'une névrite ou d'un névro-rétinite survenant au cours de l'état puerpéral.

Le praticien peut toujours redouter un abaissement définitif, plus ou moins marqué, de la vision ; ou sa perte complète, traduisant une atrophie secondaire du nerf optique. Cette évolution grave caractérise le cas rapporté par Valude (obs. 12) (1), les observations communiquées par M. Bar (obs. 21) (2).

Dans certains cas, d'après Berger (3), il arrive que la rétinite albuminurique de la grossesse n'évolue pas; le nerf optique s'atrophie, l'acuité est diminuée. La femme dont parle Meyer (obs. 16) avait une rétinite albuminurique intense, dont la marche ne fut guère modifiée malgré un avortement provoqué.

O. Bull (obs.13) cite aussi une femme qui eut une

1. *Annales d'oculistique*, avril 1892.
2. *Bulletin de la Soc. d'obstétrique de Paris*, mai 1904.
3. *Maladies des yeux et pathologie générale*, p. 251 (1892).

atrophie simple des deux papilles : Deval en avait déjà consigné un exemple dans son *Traité des maladies des yeux* (p. 693).

Le pronostic de la névro-rétinite peut de plus, être assombri par des *complications : le décollement de la rétine* n'est pas le moins rare. D'après Elschnig, « sur cent cas de rétinite albuminurique, il y en aurait dix avec décollement : et, dans un tiers des cas publiés jusqu'ici, il s'agissait de rétinites gravidiques. Toutefois dans cette forme il semble posséder une tendance particulière à la guérison : alors même, en effet, que le décollement était très prononcé, on a pu constater, dans presque tous les cas, après un temps plus ou moins long, une réapplication de la rétine. »

Néanmoins, une évolution grave de la névrite optique gravidique est loin d'être la règle. Bien souvent, une femme dont la vision a baissé progressivement pendant la grossesse, ou au cours d'un allaitement, recouvre tout ou partie de son acuité visuelle primitive, après la disparition de ces causes passagères.

Weller, Carron du Villards, notaient déjà ce caractère relativement bénin de l'amaurose gravidique. Rogmann (1) publiant un cas de névrite optique dû à l'allaitement, conclut à une évolution presque toujours favorable.

D'après Churchill, « les paralysies locales (surdité, amaurose, etc.) ne durent en général que peu de temps. »

Mais, le pronostic est aussi sous la dépendance des

1. *Annales d'oculistique*, t. CXII, 1894.

circonstances particulières qui accompagnent chaque grossesse. C'est ainsi que la *date d'apparition* de l'affection oculaire influe manifestement sur le caractère de son évolution.

Les auteurs sont généralement d'accord pour reconnaître que la névrite optique gravidique a des conséquences d'autant plus graves, qu'elle apparaît à une époque plus rapprochée du début de la grossesse (obs. 16). « Cette fatalité de pronostic, écrit Bastide (*loc. cit.*), paraît tenir à l'apparition précoce de la maladie. Dans tous les cas où elle s'est produite avant le septième mois, la terminaison a été la cécité, sauf dans ceux de Chronis et Williams, (*Boston Medical and Surg. J.*, 1873) où un accouchement prématuré se produisit deux ou trois semaines après le début des troubles oculaires. »

Dans le cas de Valude (obs. 12) où l'œil gauche fut frappé de cécité complète et définitive, les troubles visuels avaient débuté dans les premiers mois de la grossesse. D'après Berger et Lœvy, toutefois, l'apparition de la névrite optique pendant les premiers mois de la grossesse, serait exceptionnelle.

La névrite est rarement suivie de cécité définitive, quand elle se révèle brusquement et pendant les derniers mois de la grossesse, ou pendant l'accouchement lui-même.

Comme d'autre part la névro-rétinite albuminurique se déclare, le plus souvent, dans la seconde moitié de la grossesse (Mackenzie, Berger, Morax, Winckel, Galezowski, etc.) le pronostic en est généralement favorable.

« Survenant brusquement, dit Mackenzie (1), pendant l'éclampsie du travail, l'amaurose puerpérale a moins de gravité que lorsque la diminution de la vision est lente et progressive. Dans le premier cas, la cécité peut disparaître tout à coup, après la délivrance. » — « La plupart du temps, l'albumine disparaît peu de temps après la naissance de l'enfant : les maladies des yeux disparaissent aussi bientôt, soit avec un complet rétablissement des fonctions de la rétine, soit en laissant une défectuosité du champ visuel. » (Gendron) (obs. 9, 10, 19, 20).

L'observation suivante publiée par Guibert (2) vient à l'appui de ce que nous avançons : une femme de 33 ans, accouchée depuis deux mois, avec des phénomènes d'éclampsie, présentait une double rétinite brightique avec acuité de 1 8. Soumise au régime lacté elle guérit avec disparition de toute lésion ophtalmoscopique. La vision d'un œil redevint égale à 1, et de l'autre à 2/3.

Quand la névrite optique, survenant au moment de l'accouchement est en rapport avec une hémorragie, le pronostic est assez aléatoire (obs. 11). On peut difficilement établir une relation entre la gravité de l'affection oculaire et la quantité de sang perdu : celle-ci ne pouvant être calculée d'une façon précise. Il semble néanmoins, que cette névrite soit souvent suivie d'atro-

1. *Traité des maladies des yeux.* Supplément, t. III, p. 555 (1865).

2. Pronostic de la rétinite albuminurique. *La clinique opht.*, 1896.

phie (obs. 23). Dans certains cas, au début, on ne constate aucune altération pathologique du fond d'œil : plus tard seulement se développe une atrophie de la papille (Fikentscher) (1).

Quand la névrite fait son apparition, après l'accouchement, pendant la période de la lactation, l'évolution en est presque toujours favorable : c'est l'avis de la plupart des auteurs que nous avons consultés. « On ne connaît pas de cas de cécité persistante », dit Berger. Selon Winckel, « la vision persiste, en règle ordinaire, et l'aveuglement n'est pas durable. » Rogman (obs. 14), Heinzel (obs. 15), Rochon-Duvigneaud (obs. 17), Panas (obs. 28), Axenfeld (2) Schmidt-Rimpler (3), Bistis (obs. 22), G.-S. Derby (4) ont tour à tour publié des cas, dans lesquels l'acuité se rétablit au bout de trois semaines, six semaines, deux mois. Il est bon cependant de faire des réserves dans son pronostic, car il peut quelquefois, persister une diminution durable de la vision, et la papille peut présenter un état atrophique.

Un facteur non moins important que la date d'apparition, doit aussi entrer en ligne de compte, pour l'établissement du pronostic d'une névrite optique gravidique : c'est le *passé obstétrical de la malade.* « La

1. *Arch. f. Augenh.* VII I, 209.

2. *Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynækologie*, Bd. II, Heft 6, 1895.

3. Die Erkrankungen des Auges in Zusammenhang mit anderen krankheiten, 1898, p. 386.

4. Névrite optique pendant la lactation. *Arch. of. opht.* J. F. M. 1905, p. 9.

primiparité ne prédispose pas, écrit Puyo (*loc. cit.*) ; au contraire c'est toujours chez des multipares que ces accidents ont été décrits. » Une telle affirmation nous paraît au moins un peu trop osée.

La primiparité ne met certainement pas une femme enceinte à l'abri d'une névrite, toujours possible, selon nous, et à n'importe quelle grossesse. C'est chez les femmes jeunes et primipares que l'on observe plus fréquemment l'albuminurie et ses complications : elles sont donc exposées de ce fait, à la névro-rétinite albuminurique (Berger et Lœvy).

Les exemples ne manquent pas, de primipares atteintes de névro-rétinite albuminurique (obs. 4, 5, 6, 18, 19.) D'autre part, les malades qui font l'objet des observations rapportées par M. Bar (obs. 21) étaient également enceintes pour la première fois. Nettleship (1) relate le cas d'une « belle et forte femme, âgée de 22 ans, nourrissant son premier enfant. Elle compte à peine les doigts de l'œil droit : il s'agit d'une papillite; la vue revint partiellement. » La femme dont parle Heinzel (obs. 15) était aussi une primipare.

Maintenant, du fait de la primiparité, peut-on tirer une déduction certaine sur l'issue d'une névrite optique gravidique ? Nous ne le pensons pas : la terminaison en est le plus souvent heureuse, il est vrai, dans ce cas ; mais on n'en a pas moins relaté des cas où l'acuité visuelle est restée fort amoindrie (Bar, obs. 21).

Ce qui paraît bien établi, c'est qu'une première atteinte,

1. Transactions of the ophtalmological society (v. IV, 1884).

loin de conférer l'immunité, prédispose au contraire à des *rechutes au cours de grossesses ultérieures* ; et que ces rechutes sont très souvent — pour ne pas dire toujours — empreintes d'un caractère de plus en plus grave (obs. 11, 13, 14, 22). Le professeur de Lapersonne a bien mis ce point en relief dans une de ses leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu (28 décembre 1907). Les cas de Valude et de Bar sont encore très instructifs à cet égard.

Il y a d'ailleurs longtemps, que cette particularité de la récidive, et de sa gravité, a frappé les observateurs. Malpighi (v. page 11) en faisait déjà mention. Carron du Villards, Mackenzie, Lécorché (th. p. 31) et plus récemment Bastide (th. p. 44), Gendron (th. p. 38), Galezowski, Berger, Valude et Lagrange, Winckel.... la signalent dans leurs écrits.

Deval (1) relate le fait suivant : « Une femme eut la vue abolie au septième mois ; peu reconstituée après l'accouchement ; elle a aujourd'hui une atrophie très prononcée des papilles. La vision s'était éteinte au septième mois de la grossesse précédente : mais, un mois après les couches, avait reconquis sa normalité primitive. »

Il y ajoute cette observation curieuse : « Une femme dont parle Portal devint amaurotique à la première, sourde à la deuxième, presque muette à la troisième grossesse. » Il cite encore le cas d'une malade de Beer qui, pendant deux premières grossesses, devint com-

1. *Traité des maladies des yeux*, p. 710 (1862).

plètement aveugle, mais pour recouvrer la vue plus tard : enceinte une troisième fois, elle perdit la vue pour toujours. C'est aussi un cas intéressant que celui de Santesson que l'on retrouve cité en maints endroits Il s'agit d'une femme qui fut complètement aveugle pendant les cinq derniers mois de huit grossesses consécutives : elle recouvrait la vue après l'accouchement, bien que cela prît « de plus en plus de temps après chaque grossesse ».

M. Ribemont-Dessaignes, à l'aimable accueil duquel nous avons été très sensible, nous racontait dernièrement un cas de névrite optique gravidique des plus saisissants. Il avait trait à une femme qui eut sept ou huit grossesses. Presque toutes se terminèrent par l'expulsion d'un fœtus mort, à six mois et demi, sept mois. Chaque nouvelle grossesse marquait pour cette femme un abaissement fatal et presque mathématique de l acuité visuelle. Elle finit par pouvoir à peine se conduire seule. La recherche de la syphilis donna un résultat négatif : l'examen des urines fut fait à maintes reprises, et ne décela jamais la moindre trace d'albumine. L'examen ophtalmoscopique n'a malheureusement pas été fait.

« Un œil (1) dont le nerf optique a déjà souffert d'une première atteinte, risque fort de devenir aveugle lors d'une grossesse ultérieure (Förster, Fürst, Kristeller). Exceptionnellement cependant, on a vu la seconde grossesse évoluer sans troubles oculaires, chez une femme

1. *Encyclopédie française d'ophtalmologie*, t. VI, p. 824.

dont la première avait été marquée d'une grave rétinite gravidique. »

Évidemment, toute règle souffre exception ; et l'on a vu aussi des femmes, dont la première et même la deuxième grossesse n'avaient été marquées par aucun incident pathologique, être frappées de troubles oculaires sérieux au cours d'une grossesse ultérieure (obs. 12, 13, 14, 17) (Bastide, thèse, p. 51).

L'état général de la malade, ses antécédents pathologiques personnels ou héréditaires ont, sur l'évolution de la névrite optique gravidique, une influence qu'il faut bien se garder de négliger pour éclairer le pronostic.

Y a-t-il un *âge*, tout d'abord, où la névrite se développe de préférence, revêt un caractère plus souvent grave ? Nous ne le croyons pas, au moins pour la névrite optique pure. Dans les observations que nous avons rapportées, ou parcourues, les femmes atteintes avaient des âges variant de 19 ans 1/2 jusqu'à 35 ans, et la névrite ne paraît pas être plus spécialement bénigne chez les unes que chez les autres. Mais, l'albuminurie frappant de préférence les femmes jeunes, celles-ci seront plus exposées à la névro-rétinite albuminurique.

« La prédisposition peut être héréditaire » dit Mackenzie (1) en parlant de l'amaurose gravidique. L'*hérédité* est incontestable, d'après Truc, Valude et Frenkel (*loc. cit.*, p. 670), dans les cas de névrites albuminuriques. C'est également l'avis du professeur Pinard.

1. *Traité des maladies de l'œil*, t. II, p. 768 (1857).

L'apparition et l'évolution d'une névrite sont encore sous la dépendance de *l'état de santé* de la femme qui en est atteinte. Un organisme fatigué par le travail et les privations, dans un état de misère physiologique évidente sera certainement un terrain tout préparé (obs, 14, 23). Mackenzie, Desmarres, Truc, Valude et Frenkel, Assicot (1), entr'autres, signalent avec raison « le mauvais état général, la faiblesse, la chlorose antérieure, l'anémie » (obs. 18), comme causes prédisposantes. Dans un des cas rapportés par Nettleship (2), il s'agissait d'une femme « ayant allaité longtemps, au milieu d'une vie d'angoisses et de privations. »

Toutefois, ainsi que le prouvent les faits rapportés par Lécorché (obs. 7, 8), par Valude (obs. 12), par Heinzel (obs. 15), par Nettleship (obs. citée plus haut p. 57), une femme « grande, forte, bien constituée, toujours bien portante », peut très bien être frappée de névrite optique gravidique et en conserver des traces indélébiles. L'auto-intoxication gravidique est alors seule et manifestement en cause.

Certains auteurs ont voulu mettre sur le compte de l'hystérie, de l'impressionnabilité de leurs malades, la plupart des cas d'aveuglement subit, sans lésion du fond d'œil. C'est une considération qu'il ne faut pas évidemment dédaigner de prime abord. Il est certainement des cas qui relèvent de l'hystéro-traumatisme ; mais il faut aussi se garder de généraliser trop facilement.

1. *Arch. d'ophtal.*, mai 1902, p. 326.
2. *The royal London opht. Hospital Reports*, 1891.

Un point qu'il importe de connaître c'est l'état et le *fonctionnement physiologique des divers organes :* utérus, intestin, foie, reins. Une femme, qui a souffert de troubles oculaires au moment de ses *règles*, est très exposée à les voir se reproduire et même s'aggraver lors d'une grossesse. Le cas de Valude (obs. 12) en est un exemple des plus nets.

Le fonctionnement défectueux du *tube digestif* peut aussi retentir fâcheusement sur l'évolution d'une névrite optique gravidique. Puyo a insisté sur ce point, dans sa thèse inaugurale, et il se range en cela à l'avis du professeur Pinard. E. Stocké a communiqué en 1905 à la Société belge d'ophtalmologie « un cas de névrite rétro-bulbaire aiguë » chez une femme enceinte, qu'il attribue nettement à des troubles gastro-intestinaux prononcés, et à l'auto-intoxication en résultant.

Pour établir un pronostic sérieux de névro-rétinite albuminurique gravidique, il faut absolument élucider la question du *passé pathologique rénal* de la malade. En effet elle se termine presque toujours par la guérison, même avec des lésions inquiétantes, quand l'albuminurie dont elle dépend n'est que transitoire ; et c'est le cas pour l'albuminurie de la grossesse.

Au contraire, elle revêt un caractère forcément grave, quand elle vient compliquer une vieille néphrite, exacerbée par la gestation. « Les désordres anatomiques — lisons-nous dans *l'Encyclopédie d'ophtalmologie* (t. VII) — ne rendent généralement pas impossible le rétablissement des fonctions visuelles... La rétinite gravidique a, beaucoup plus souvent, une *terminaison favorable, à*

condition qu'elle dépende seulement de l'état de grossesse. » C'est l'avis unanime de tous les auteurs (Panas (1), Berger, Morax, Winckel...)

Le pronostic n'est pas sévère, dit A. Sichel, quand la rétinite est due à une cause passagère comme la grossesse. Mackenzie, Deval, signalent des femmes qui ont été prises à plusieurs grossesses consécutives, et n'en ont pas moins conservé une vision suffisante, sinon parfaite. Lécorché, Bousseau, Gendron, Monthus, émettent la même opinion dans leurs thèses inaugurales. Bastide n'est pas moins affirmatif : « Ce qui caractérise la rétinite gravidique, dit-il (*in* thèse, p. 44), c'est sa tendance naturelle à la guérison, une fois que sa cause, la grossesse, a cessé. »

Galezowski (2) écrit enfin : « La rétinite albuminurique est guérissable si la maladie générale n'est qu'accidentelle ou passagère : une malade du professeur Grisolle (1865) fut prise, pendant la grossesse, d'une albuminurie des plus graves, accompagnée d'une rétinite double. Après l'accouchement tout a disparu. »

Existe-t-il toujours un rapport entre les troubles de la vue et la quantité d'albumine dans les urines ? Nous pensons que l'on peut sans hésiter, répondre par la négative (Winckel). Il n'est pas rare de voir des femmes conserver de l'affaiblissement de la vision, longtemps après la disparition de l'albumine (Abadie) (3). Dans d'autres cas, l'amblyopie peut cesser, bien que les

1. *Leçons sur les rétinites*, 1878. — Voir observation 20.
2. *Société d'émulation.* Paris, 6 janvier 1871.
3. *Union médicale*, n° 140, p. 627. Oct. 1882.

urines contiennent encore une quantité notable d'albumine.

Il faut aussi rechercher avec soin, dans les antécédents de la malade, s'il n'existe pas une *diphtérie*, une *scarlatine*, ou tout autre maladie ayant provoqué une néphrite antérieure. Une telle constatation serait de nature à faire porter un pronostic réservé. Nous avons eu l'occasion d'observer une jeune femme de 23 ans, primipare, qui vers le septième mois eut une albuminurie considérable (12 gr. par litre), avec des troubles très marqués de la vue : elle pouvait à peine lire ; son état s'améliora lentement par le régime lacté. Elle avait eu la scarlatine à dix-huit ans. La malheureuse femme qui fait l'objet de notre observation 5, avait eu la diphtérie, huit ou neuf mois avant son accouchement.

Il sera nécessaire enfin, de savoir si la femme enceinte, atteinte de névrite optique, n'était pas antérieurement soumise à une *intoxication chronique* : syphilis, tabac, alcool, quinine, sulfure de carbone, etc. Dans ce cas la grossesse ne jouerait probablement qu'un rôle occasionnel, mais n'en aggraverait pas moins le caractère de la névrite. Tel est le cas de l'observation (obs. I) que nous devons à l'obligeance du Dr Beuvignon, recueillie dans le service du professeur de Lapersonne.

M. Meissner présentait, le 15 mai dernier, à la Société império-royale des médecins de Vienne, une femme de 35 ans, qui avait contracté la syphilis, il y a six ans, et fit au cours de cette infection une névrite optique grave dont elle guérit d'ailleurs. Elle eut deux grossesses ; chaque fois elle eut des troubles de la vue qu'on

attribua à une névrite rétro-bulbaire et qui disparurent après l'accouchement. Au mois de mai cette femme se trouvait de nouveau enceinte de trois mois. L'acuité était abaissée, au point que la malade ne distinguait plus les doigts à la distance de 3 mètres. M. Meissner pense qu'il s'agissait d'une névrite syphilitique réveillée par chaque grossesse.

Le pronostic éloigné de la névrite — pour ce qui est du rétablissement de la fonction visuelle — ne dépend pas de l'étendue des lésions du fond d'œil, mais bien de la situation de celles-ci, par rapport à la macula. Des lésions insignifiantes, en apparence, pourront entraîner des troubles très accusés de la vision, si elles se sont développées sur la macula elle-même. D'autre part, même les foyers très étendus peuvent se résorber s'ils sont éloignés de la macula ; les foyers maculaires persistent plus longtemps. La réaction pupillaire conservée est d'un bon pronostic.

Une circonstance qui réclame une extrême prudence, dans l'établissement de ce pronostic, c'est que, la plupart du temps, la névrite, la névro-rétinite, sont *binoculaires* (obs. 1, 2, 6, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 20): ou quand un œil a été perdu, ou très compromis lors d'une grossesse antérieure, le second n'est pas à l'abri d'une nouvelle atteinte. (Valude, (obs. 12) ; Bar, (obs. 21) ; Knaggs (Centralblatt für Gynœkologie, 1895, p. 688).

En résumé, comme nous le disions au début de ce chapitre, il est toujours très délicat de prévoir quelle sera la terminaison d'une névrite optique gravidique, albuminurique ou non. Si l'évolution en est souvent

relativement bénigne, on peut toujours appréhender la persistance de lésions matérielles, amenant un abaissement plus ou moins marqué de la vision et même une cécité complète et définitive.

Toutefois, en terminant, et pour atténuer le côté inquiétant du pronostic, il est intéressant de signaler le peu de fréquence de ces névrites, d'après les documents que nous avons pu rassembler.

Les cas de névrite optique pure, tels que ceux rapportés par Valude et par Bar sont assez isolés dans la science.

Quant à la névro-rétinite albuminurique elle devient de plus en plus rare, depuis que l'on recherche systématiquement l'albumine chez les femmes enceintes : l'examen méthodique des urines permettant d'en déceler les moindres traces, dès son apparition, et de soumettre sans le moindre retard, la femme, à un traitement approprié. C'est cette conviction que nous nous sommes faite après notre stage à la maternité de la Faculté libre de Lille, et à la maternité de l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Champetier de Ribes. C'est l'avis que nous exprimait dernièrement notre maître le professeur G. Eustache sur cette intéressante question. Dans trente ans de pratique, ajoutait-il, je n'en ai rencontré que trois cas, et chaque fois la vue a été récupérée dans moins de soixante jours.

C'est encore l'avis de M. le Dr Dufour, médecin de la Maternité, que nous sommes heureux de remercier ici de son obligeant accueil.

M. Ribemont-Dessaignes nous a également confirmé

cette extrême rareté de la névrite et de la névro-rétinite chez les femmes enceintes ou allaitant. M. le Dr Mouchotte, chef de clinique du professeur Pinard, M. le Dr Cathala, chef de clinique du professeur Bar, ont bien voulu consulter leurs statistiques à ce sujet, et nous ont donné une opinion semblable aux précédentes. M. le Dr Coutela, chef de clinique adjoint à la clinique ophtalmologique de la Faculté, qui a examiné un grand nombre de femmes dans le service du professeur Bar, nous a dit avoir observé très rarement des cas de névrite ou de névro-rétinite gravidique.

Notre ami Louis Château, interne des hôpitaux, a eu l'obligeance de consulter pour nous, les registres d'observations de la maternité de la Faculté libre de Lille, depuis sa fondation en 1877, jusqu'en 1908, et nous l'en remercions bien cordialement. Sur un total de 9.346 accouchements, il n'a relevé que 23 cas de femmes présentant de l'albuminurie, et 2 seulement de ces parturientes ont eu des troubles visuels.

Polte (1) enfin, publiait à la fin de 1905, un intéressant article, dans lequel il faisait ressortir la rareté relative de la rétinite albuminurique chez les femmes enceintes. Sur 200 femmes examinées dont 18 avaient de l'albumine, et 6 des accès d'éclampsie il n'a trouvé que deux fois des lésions de rétinite albuminurique, et deux fois une atrophie optique coïncidant avec une néphrite interstitielle, et consécutive à une rétinite albuminurique.

1. Examen des yeux chez les femmes enceintes et les femmes en couches. *Klinische Monatsblætter für Augenheilkunde* (Nov.-Déc. 1905).

TRAITEMENT

Le traitement des névrites et névro-rétinites gravidiques se déduit assez logiquement des chapitres qui précèdent. Son application paraît en devoir être facile et efficace, du moins en théorie, si l'on s'en rapporte aux indications fournies, surtout par l'évolution de l'affection.

En pratique, il n'en est malheureusement pas toujours ainsi : chaque cas revêtant une allure spéciale, demande une interprétation particulière, et parfois très délicate, des règles établies.

Il faut bien savoir ce que l'on peut faire pour éviter l'apparition d'une névrite optique gravidique, ou, quand elle s'est déclarée, pour en rendre l'évolution aussi bénigne que possible.

L'exposé du *traitement prophylactique* est assez simple. Nous savons en effet — nous avons bien exposé ce point au chapitre du pronostic — que si une femme a eu des accidents de névrite optique au cours d'une première grossesse, si elle souffre périodiquement de trou-

bles oculaires pendant les périodes cataméniales, elle est presque fatalement exposée, dans ces deux cas, à voir ces troubles se renouveler, s'aggraver même le plus souvent, lors d'une grossesse ultérieure.

Il est évident que le praticien consulté, devra prévenir la personne qui sollicite son avis en pareille occurrence, du danger que court sa vision, si elle devient enceinte. Il pourra même aller, s'il le juge prudent, jusqu'à déconseiller nettement la grossesse — au moins pendant quelque temps et aussi longtemps que la femme aura de l'albumine, — et dégager ainsi sa responsabilité au cas où de graves complications oculaires surviendraient si l'on ne tenait compte de ses avertissements.

Si l'on relève dans les antécédents pathologiques d'une femme, une néphrite albumineuse, il faudra, après l'avoir prévenue, elle et son entourage, des complications possibles de névro-rétinite albuminurique gravidique, redoubler si elle devient enceinte, les précautions habituelles en pareil cas. On pourra, suivant les indications, soumettre la malade au régime lacté mitigé ou intégral, dès le début de la grossesse, ou aussitôt que l'albumine apparaîtra. Celle-ci sera épiée, et décelée sans retard, par un examen méthodique et souvent répété des urines.

Quand on se trouve en face du fait accompli, que la névrite ou la névro-rétinite s'est déclarée, on pourra, selon les cas, adopter une ligne de conduite : les manœuvres obstétricales, le traitement général, le traitement local, auront chacun leurs indications. Mais, c'est tou-

jours *le plus tôt possible* qu'il faudra instituer un traitement.

Le traitement local, sans être des plus énergiques, n'est pas dénué de toute efficacité. Il contribuera au moins, à soigner, à soutenir le moral d'une malade, alarmée par une constatation angoissante : et ce n'est pas là, considération négligeable. Dans ce but, et pour faire patienter la malade, on pourra lui prescrire des applications de compresses chaudes, des frictions stimulantes périorbitaires, un collyre anodin, surtout psychique. Le séjour dans une pièce peu éclairée (obs. 20), le port de verres fumés, bleutés ou jaunes, préserveront de l'action trop vive de la lumière. On recommandera la cessation de tout travail appliqué, lecture, couture..., ou, au moins une grande modération dans ces occupations journalières. On prescrira avec soin, s'il y a lieu, les verres correcteurs convenables, qui pourront être d'un grand secours : l'usage de la loupe pourra aussi être conseillé avec utilité. Ces différentes prescriptions pourront, dans certains cas, avoir un meilleur résultat, une action plus réelle qu'on ne l'espérait tout d'abord.

On a conseillé, et on peut essayer, mais avec ménagement, des soustractions sanguines, au moyen de ventouses scarifiées (obs. 20), de sangsues appliquées à l'apophyse mastoïde, ou à la tempe. De Wecker et Landolt estiment que les déplétions sanguines locales sont quelquefois d'un heureux effet dans les cas d'albuminurie aiguë.

Le *traitement médical général*, plus actif, plus efficace, poursuivra soigneusement un double but : 1° main-

tenir ou relever l'état de santé général toujours plus ou moins affaibli par l'état de grossesse : 2° *combattre l'auto-intoxication gravidique* que nous reconnaissons comme cause aux névrites et névro-rétinites.

Un régime tonique et fortifiant (quinquina, fer, arsenic...) devra être institué sans retard.

Il faudra veiller, avec beaucoup d'attention, au *bon fonctionnement du tube digestif* ; combattre à tout prix la constipation, par des laxatifs répétés, des lavements ; faire de l'*antisepsie intestinale*, si les circonstances le demandent ; soumettre la femme au régime lacté, ou ne lui permettre que des aliments facilement digérables. Il faudra aussi s'assurer du fonctionnement régulier des émonctoires ; et ici les grands bains tièdes seront d'une réelle utilité.

Les détails de ce traitement sont d'ailleurs très bien exposés par Puyo (thèse Paris, 1904) et nous ne pouvons mieux faire que de le citer :

1° Il ne doit pas introduire des substances toxiques dans l'intestin ; la malade sera mise au régime lacté, régime merveilleux, préconisé par MM. Jaccoud, Tarnier, pour le traitement de l'éclampsie, et appliqué par M. Pinard à tous les accidents de l'hépato-toxémie.

Le régime lacté offre le triple avantage de rendre l'intestin aseptique, d'empêcher la putréfaction, et d'être diurétique. Si le lait n'est pas supporté, M. Pinard prescrit le képhir et le koumys.

2° Il doit tâcher d'obtenir l'élimination des poisons, par tous les émonctoires. L'intestin sera d'abord vidé, au moyen de lavements purgatifs, puis nettoyé par de

grands lavages au sérum physiologique. Loriot emploie le lavement huileux, suivi d'un grand lavage de l'intestin.

Au régime lacté, et aux lavements purgatifs, M. Pinard n'a pas craint d'ajouter l'usage des purgatifs énergiques, et même des drastiques, malgré les préjugés qui s'attachent à leur emploi. On peut ainsi prescrire du calomel, de l'eau-de-vie allemande, ou de l'huile de croton (une goutte dans 25 gr. d'huile de ricin). Les purgatifs drastiques, même fréquents, n'ont jamais eu sur la grossesse une action nocive quelconque.

On retirera le plus grand bénéfice de l'emploi simultané de sérum artificiel, en injections sous-cutanées. Si les accidents toxiques semblent redoutables, il faudra employer le sérum à doses massives (1.000 gr. par jour), procédant ainsi à un « véritable lavage du sang ».

Les bains tièdes sont très utiles. Ils ont l'avantage de faire fonctionner la peau et d'activer la sécrétion urinaire (Bar).

Ce traitement amène une débâcle qui débarrasse l'organisme d'une forte dose de toxines.

M. Bouchard recommande en outre de faire de l'antisepsie intestinale. Les meilleures préparations antiseptiques sont : le calomel à la dose plus ou moins prolongée de 1 centigramme par jour, le matin ; les dérivés du naphtol (béthol ou benzonaphtol) à la dose quotidienne de 3 grammes par doses fractionnées. »

Ce régime est susceptible de donner d'excellents résultats, qu'il s'agisse de névrite optique pure ou de névro-rétinite albuminurique ; et dans ce dernier cas, on devra insister davantage encore sur la nécessité du

régime lacté. De fait, les cas de névrite et névro-rétinite gravidiques sont de plus en plus rares depuis que les femmes enceintes sont l'objet de soins méthodiques et raisonnés (voir p. 66).

Il est évident qu'il faudra l'instituer *le plus tôt possible ;* lors de l'apparition des premiers symptômes, si l'on assiste au début de l'affection, en pleine évolution de névrite, si l'on voit seulement alors la malade pour la première fois ; et même à titre préventif, au cas où la femme a déjà souffert de névrite optique pendant une grossesse antérieure. On aura ainsi pour soi toutes les chances d'enrayer l'affection dans sa marche, de maintenir, ou mieux de relever l'acuité visuelle de la femme.

On s'exposerait dans certains cas à de graves mécomptes, on risquerait de voir échouer les plus scrupuleuses et les plus savantes prescriptions, si l'on oubliait de rechercher, et de *traiter*, *le cas échéant*, *la syphilis ou toute autre intoxication*, capable de jouer un rôle dans l'étiologie de la névrite optique gravidique.

Contre la syphilis, on pourra agir par l'iodure de potassium pris à l'intérieur, par les injections mercurielles méthodiquement et régulièrement faites. Les injections intra-musculaires de bichlorure ou intraveineuses de cyanure au 1/100 (1 centimètre cube par jour en série de 15) sont surtout actives et généralement bien supportées ; elles donnent de très bons résultats dans le service du professeur De Lapersonne où elles sont d'un usage courant.

La recherche de la syphilis est quelquefois difficile :

dans le doute, il sera toujours bon d'instituer le traitement antisyphilitique.

On devra de plus, s'il y a lieu, soustraire au plus tôt la malade à l'influence d'une intoxication chronique, (tabac, alcool, sulfure de carbone, oxyde de carbone...) au résultat déplorable d'une habitude vicieuse, ou aux fâcheuses conséquences d'un travail effectué dans un atelier mal aéré et rempli de vapeurs délétères (obs. 1).

Si le traitement médical n'agit pas, ou, si pour une raison quelconque, son application se trouve être contre-indiquée ou mal supportée, et que la vue ou la vie de la mère soient manifestement en danger, il y a lieu alors de songer aux *interventions obstétricales* ; et c'est là bien souvent, une question des plus délicates.

Ce qui frappe le plus dans l'affection qui nous occupe, c'est cette amélioration subite, cette guérison souvent très rapide après l'accouchement, qu'il soit prématuré ou à terme (obs. 9, 10, 13). De là à le provoquer artificiellement il n'y avait qu'un pas.

C'est surtout en Amérique que l'opération a été préconisée et pratiquée. Franck van Fleet (1891), entre autres auteurs, propose, dans « les cas d'amaurose d'origine rénale, avec ou sans lésions visibles à l'ophtalmoscope, l'accouchement prématuré, sans attendre que la vue et la vie de la femme soient en danger. »

En Allemagne Silex (1) estime que « l'interruption de la grossesse est tout indiquée et pressante, quand on

1. Ambliopie und Amaurose bei Schwangeren Gebærenden und Wœchnerinnen. *Monatsschrift f. Gebh. und Gyn.*, 1897, S. 373.

trouve à l'ophtalmoscope des lésions évidentes de rétinite albuminurique, que les vaisseaux de la rétine sont malades ; car dans ces cas, la cessation de la vue est durable. » Winckel (*loc. cit.*) trouve « que si la néphrite et sa rétinite évoluent malgré le traitement, la grossesse doit être interrompue, n'importe quand, pour le salut de la mère. La justification en vient de ce que l'aveuglement permanent est à redouter, lorsque, dans une grossesse précédente, il y a déjà eu rétinite. »

« La constatation de rétinite albuminurique, écrit Berger (1), peut obliger le praticien à faire l'accouchement prématuré artificiel qui rétablira à bref délai la vue perdue. » Si la rétinite fait son apparition dans les premiers mois, Morax (2) conseille l'avortement : dans les deux derniers mois, il base l'intervention sur l'intensité des troubles visuels : « S'il y a albuminurie avec rétinite, l'accouchement provoqué sera souvent nécessaire, même si les troubles visuels sont si accusés que l'on puisse craindre une cécité complète ; on a vu des améliorations considérables après l'expulsion. »

Dans le cas publié antérieurement par le professeur De Lapersonne (obs. 2) (3) au Congrès de 1888, l'accouchement prématuré artificiel fut suivi d'une guérison très rapide de la névro-rétinite. La malade dont parle Valude (obs. 12) (4) a dû aussi, à la même interven-

1. *Maladies des yeux et pathologie générale*, p. 255, 1892.

2. *Précis d'ophtalmologie*, p. 377 ; 1907.

3. De l'intervention dans la rétinite gravidique. *Bull. de la Soc. fr. d'opht.*, 9 mai 1888.

4. Atrophie optique pendant la grossesse. Accouchement prématuré artificiel. *Annales d'oculistique*, avril 1892, p. 271.

tion, la guérison de sa névrite optique pure. Tels sont encore deux cas (obs. 4, 19) que nous rapportons plus loin ; et cette observation due à Churchill (1) : « Une dame de 30 ans, enceinte de huit mois, fut prise d'amaurose complète d'un œil, incomplète de l'autre, après des attaques dont je ne pus savoir la nature : il y avait albuminurie. On hâta l'accouchement par la rupture artificielle des membranes. Le travail commença vingt-quatre heures après : l'enfant naquit vivant ; trois semaines plus tard- cette dame pouvait jouer aux cartes. »

Devons-nous déduire de là que l'on est toujours autorisé, dans tous les cas où la vue de la mère paraît en danger, à interrompre la grossesse? Nous ne le pensons pas. L'évacuation de l'utérus, en effet, n'est pas toujours suivie d'amélioration des troubles visuels (obs. 18) : et même, dans des cas, rares il est vrai, comme celui observé par le professeur Panas (obs. 20), on a pu voir une rétinite post-gravidique, évoluer après une parturition prématurée, provoquée précisément pour lutter contre une albuminurie inquiétante.

« Il n'y a pas toujours relation entre la gravidité et l'atrophie, et l'accouchement artificiel n'est pas toujours suivi d'amélioration de la vue (p. 333) ; l'avortement artificiel ne garantit pas forcément le rétablissement de la vue », lisons-nous dans Berger et Lœvy (*loc. cit.*). Silex, Winckel, sont d'avis qu'on peut attendre s'il n'y a pas de complication imminente, de lésions graves des vaisseaux.

1. *Dublin quarterly Journal of medical science*, mai 1854, p. 257.

« Les inconvénients de l'accouchement provoqué — écrit Bastide (*in* thèse, p. 50), en parlant de la rétinite gravidique — sont les suivants : il ne garantit pas sûrement de la cécité, ce qui devrait être sa première indication... »

Dans trois cas que nous rapportons (obs. 5-8-16), l'accouchement prématuré, ni l'avortement n'apportèrent d'amélioration à l'état de la malade.

Il faudra donc être très circonspect, et s'entourer de tous renseignements utiles avant de décider l'interruption d'une grossesse. On ne sera d'ailleurs jamais obligé d'agir du jour au lendemain : et la meilleure façon de combattre immédiatement les troubles oculaires, sera d'instituer *le plus tôt possible* le traitement général que nous exposons plus haut. Le régime lacté exclusif, surtout au titre d'*anti-toxique*, les dérivatifs énergiques, seront de très précieux auxiliaires dans les cas de névrite pure et surtout de névro-rétinite albuminurique. On pourra ainsi parvenir, sinon à faire rétrograder le mal, à le rendre stationnaire, de façon à pouvoir attendre l'accouchement. Bastide (*in* thèse, p. 51) cite à ce sujet plusieurs observations très concluantes : quatre enfants sur cinq naquirent vivants, la vue s'améliora dans trois cas, même avant l'accouchement, et revint à la normale dans les cinq cas.

Dans les cas très rares, où les troubles visuels se manifestent dans les premiers mois de la grossesse, on pourra du moins, à l'aide de ce traitement judicieusement conduit, attendre le moment où l'accouchement artificiel donnera toutes chances de mettre au monde

un enfant vivant. Dans les cas où l'avortement a dû être pratiqué, n'avait-on pas précisément négligé d'appliquer d'abord et de bonne heure un traitement général sévère ?

Il faut aussi se rappeler que des troubles fonctionnels alarmants ne traduisent pas toujours d'inquiétantes lésions du fond d'œil ; et encore, que des lésions de fond d'œil graves, ou paraissant telles, sont parfois compatibles avec un rétablissement intégral ou très suffisant de la vision après l'accouchement (Galezowski, voir p. 63) (obs. 20).

La névro-rétinite albuminurique apparaît presque toujours dans les derniers mois de la grossesse (Mackenzie, Berger, Morax, Winckel, Galezowski, etc.). Si elle évolue (après institution du traitement général, bien entendu), sans phénomènes locaux ou généraux graves, il y a lieu d'attendre l'accouchement naturel. On n'a pas vu, en pareil cas, s'en suivre de cécité complète (Bastide, *in* thèse, p. 48).

Notre maître, le professeur G. Eustache, nous disait que dans les trois rares cas de rétinite albuminurique qu'il rencontra pendant trente années de pratique, il a tenu à ne pas faire d'intervention obstétricale avant le commencement du neuvième mois. Il a eu un mort-né et deux enfants qui ont vécu ; et la vue a été récupérée chaque fois en moins de soixante jours.

Il faudra évidemment ne pas se départir d'une constante observation, au cas où l'accouchement prématuré artificiel viendrait à s'imposer. Des craintes justifiées pour la vision, pour l'état général, peuvent, en effet, le

commander d'un moment à l'autre ; à plus forte raison, si la névrite est grave d'emblée (de Lapersonne, 1888, obs. 2).

Si l'on se trouve en présence d'une femme qui a déjà eu, au cours de grossesses antérieures, des phénomènes de névrite ou névro-rétinite, ayant abaissé la vision, il ne faudra pas — après avoir toujours prescrit un régime et un traitement général des plus sévères — hésiter, si les circonstances l'exigent, à proposer l'accouchement prématuré artificiel.

Au cas de mort du fœtus *in utero*, nous pensons — et c'est le cas dans une observation de Bastide (*in* thèse, p. 54) — qu'il ne sera pas toujours nécessaire de provoquer l'accouchement, que les phénomènes de névro-rétinite s'amenderont souvent à partir de la mort du produit de conception.

Dans les cas d'amaurose subite de la parturition, d'amaurose éclamptique, dans les cas d'intoxication urémique, la saignée peut produire une amélioration manifeste (Bastide, th. p. 33). Sichel (1) pensait que « presque toujours, les amauroses de la parturition présentent le caractère d'une congestion cérébrale, et le traitement antiphlogistique, dérivatif, réussit s'il est fait assez tôt. »

Quand la névrite succède à une hémorragie grave de l'accouchement, la position déclive de la tête, la révulsion, les injections de sérum, rendront de précieux ser-

1. *Annales d'oculistique*, t. CXIX, p. 140.

vices. A Terson (1) revient le mérite d'avoir préconisé une abondante injection de sérum artificiel, surtout dans les cas foudroyants, dès le début de l'obnubilation ; elle contribuera à remonter la pression tout en faisant un lavage du sang, à prévenir l'apparition des symptômes d'auto-intoxication.

En tout état de cause, il importe *d'abréger la durée de l'accouchement, de veiller à éviter les hémorragies abondantes, d'observer la plus rigoureuse antisepsie* dans le but d'écarter les moindres causes d'infection, sur l'action de laquelle le professeur De Lapersonne a attiré l'attention.

Le traitement de la névrite optique survenant pendant la lactation se déduit de l'hypothèse la plus probable : l'auto-intoxication. Il impose donc le *sevrage* dès le début de l'affection : « c'est le principal remède » dit Mackenzie (2).

L'amélioration sera d'autant plus rapide que l'intervention sera plus précoce ; généralement elle sera sensible après la cessation de l'allaitement (obs. 11-22).

Bien que l'on n'ait pas toujours à faire à des personnes affaiblies, anémiées, débilitées on se trouvera bien, dans tous les cas, de prescrire un régime tonique et réparateur (quinquina, fer, arsenic...) (Fano, Mackenzie, Bastide, Berger, Winckel.)

Une *cure de sudation par le salicyclate de soude* donne

1. Troubles visuels graves après hématémèse et métrorragies. *Semaine médicale*, 1894, p. 245.

2. *Traité des maladies de l'œil*, t. II, p. 841, 1857.

parfois de bons résultats (obs. 15-22) en contribuant à l'élimination des substances toxiques.

Au point de vue prophylactique, il faudra — quand cette prescription paraîtra vraiment justifiée — interdire l'allaitement aux femmes affaiblies, ou qui auraient déjà éprouvé des troubles visuels à des grossesses ou à des allaitements antérieurs. De cette façon et par une surveillance minutieuse, on aura bien des chances d'éviter, ou de combattre efficacement les complications oculaires de la lactation.

OBSERVATIONS

Observation 1

(Due à l'obligeance du Dr Beuvignon.)

H... Blandine, 28 ans, mécanicienne dans une fabrique de ballons de caoutchouc, vient consulter le 10 février 1908, à la clinique de l'Hôtel-Dieu, pour une baisse progressive de la vision des deux yeux ayant débuté par l'œil droit, surtout marquée pour cet œil. Début de l'affection, il y a un an et demi au cours d'une grossesse gémellaire.

Antécédents personnels. — Personne vigoureuse, de bonne santé apparente, ayant eu dans l'enfance la rougeole et la fièvre typhoïde : réglée à 16 ans et depuis bien réglée. Mariée à 20 ans, a eu trois grossesses, dont la dernière gémellaire. Les deux premiers enfants sont morts de cholérine en bas âge : l'un des jumeaux à 2 mois de débilité congénitale ; l'autre est bien portant.

Les urines examinées au cours de la grossesse ne présentaient *ni sucre, ni albumine.* Il faut noter ce fait que la femme *travaille dans une atmosphère contenant des vapeurs de sulfure de carbone.*

La femme, sauf ses maladies de l'enfance, semble avoir toujours eu une bonne santé. La recherche de la syphilis est négative.

Antécédents héréditaires. — A encore son père et sa mère bien portants. Personne dans la famille n'a présenté de lésions des yeux.

État actuel: Les pupilles de chaque œil sont un peu rétrécies; le réflexe à la lumière est peu marqué ; le réflexe à l'accommodation semble exister ; les réflexes rotuliens sont abolis.

La malade est myope d'environ deux dioptries : son acuité visuelle est: OD= 1/10 — OG = 1/10. Il est impossible de prendre le champ visuel de l'œil droit. Toutefois un index de 0,03 c. de côté est perçu dans la partie interne du champ visuel. OG : champ visuel pour le blanc rétréci, 30° environ, avec deux encoches en haut et en bas. Scotome pour le rouge. Le jaune est vu blanc, le vert également ; le bleu est reconnu. Aspect ophtalmoscopique: papilles blanches atrophiques, surtout à droite avec excavation atrophique. Les bords de la papille sont très nettement limités.

Observation 2

(De Lapersonne. *Soc. fr. d'ophtalmo.*, 9 mai 1888).

X..., *au sixième mois* d'une grossesse jusque-là normale, présente assez brusquement, tous les signes d'une *rétinite albuminurique* des plus graves. En quelques jours, la vision est presque complètement abolie, à ce point que la malade ne voit plus pour se conduire. On avait pu suivre, pour ainsi dire à vue d'œil, les progrès de cette névro-rétinite. Dans l'espace de moins

de huit jours, la papille est devenue œdémateuse, les vaisseaux tortueux; les taches hémorragiques et les exsudats couvrent une grande partie de la rétine. En même temps surviennent des phénomènes généraux graves : céphalalgie intense, embarras de la parole, qui font craindre, d'un moment à l'autre, l'apparition de l'encéphalopathie urémique. Dans ces conditions, il fallait intervenir au plus tôt.

L'accouchement prématuré artificiel est pratiqué. Il a pour résultat de faire disparaître complètement les menaces d'urémie. La quantité d'albumine qui était de 16 à 20 grammes en vingt-quatre heures, tomba presqu'aussitôt à 2 grammes. Mais, le fait le plus remarquable, c'est la *guérison de la névro-rétinite qui fut aussi très rapide.* L'œdème papillaire a complètement disparu ; le nerf optique a repris sa coloration normale, sans aucuns tendance à l'atrophie. Les taches hémorragiques et les exsudate rétiniens se sont résorbés. Il ne reste plus que quelques plaques atrophiques, un peu de bouleversement de la couche pigmentaire qui marquent la trace de la rétinite.

Acuité visuelle = 1. — Champ visuel normal.

Observation 3

(Personnelle).

M..., couturière, 24 ans, est enceinte de sept mois ; c'est sa première grossesse. Elle n'accuse rien dans ses antécédents héréditaires collatéraux ou personnels. Elle vient nous voir le 13 avril 1908. Elle s'est aperçue depuis quelque temps, au cours de sa grossesse, que sa vue faiblissait très notablement de l'œil droit. Elle n'a jamais eu de troubles visuels au moment de ses règles

et ne s'est jamais plaint de sa vue. Les réflexes pupillaires sont normaux.

Examen ophtalmoscopique :

OD : Rien dans les milieux transparents.

Aucune lésion du fond de l'œil.

M — 12. Astigmatisme contraire à la règle de 0,50. Avec correction l'acuité est normale.

OG : Milieux transparents normaux.

La papille paraît uniformément rosée et fait penser à une névrite.

$V = \frac{3}{10}$ et la malade affirme avoir eu, de cet œil, une excellente vision avant sa grossesse.

L'examen de la réfraction montre un astigmatisme myopique simple contraire à la règle de $1^{D}75$; et la correction donne $V = 1$ (150° — 1,75).

Observation 4

(Due à l'obligeance de notre ami le Dr Louis Senlecq, Ancien interne des hôpitaux).

Mélanie B..., 36 ans, *primipare :* réglée à 13 ans. Ses dernières règles remontent au 20 avril 1906. Elle se présente à la Maternité de l'Hôtel-Dieu le 7 décembre : sa grossesse est donc âgée *de 7 mois* et 21 jours. Elle n'a jamais consulté depuis qu'elle est enceinte. Depuis quatre jours, elle souffre de céphalée intense. Hier, à 4 heures, elle a subitement perdu la vue des deux yeux, c'est ce qui l'a amenée aujourd'hui à 2 h. 1/4 après midi à la Maternité.

A son entrée, on constate une *amaurose complete et bilatérale*.

Elle ne distingue rien : pas même le jour et la nuit. L'examen des urines révèle une *très grande quantité d'albumine :* les urines se prennent en masse. Elle souffre d'une céphalée intense.

Les bruits du cœur fœtal sont sourds, irréguliers, intermittents : l'enfant succombe peu après. On décide de provoquer l'accouchement (application méthodique de bougies de Hégard : de ballon de Champetier de Ribes : chloroforme). A 8 heures, au moment de l'introduction du ballon la parturiente a un accès d'éclampsie. L'accouchement est terminé à 10 h. 5 du matin, le 8. Après la délivrance la femme reprend connaissance.

La cécité persiste : cependant, la malade dit avoir une sensation de lumière ; il existe un myosis très marqué ; les pupilles réagissent bien à la lumière (il en était de même à l'entrée) ; le réflexe consensuel existe.

M. Cerise, interne dans le service du professeur De Lapersonne fait l'examen du fond d'œil, qui est rendu difficile par l'existence du myosis. Il ne constate ni œdème papillaire, ni hémorragies rétiniennes. Vers 2 heures la malade recouvre la vue, d'abord trouble, puis très nette.

9 décembre. — Le matin, la vision est très nette. Réaction pupillaire très bonne. On fait un nouvel examen ophtalmoscopique, après instillation d'atropine dans l'œil droit. Il existe un œdème très léger des deux papilles, moins marqué à gauche. Le taux de l'albumine dans les urines a baissé depuis l'entrée.

10 décembre. — L'état général continue de s'améliorer sensiblement de même que l'état oculaire : l'albumine diminue de plus en plus.

Observation 5

(Due à l'obligeance de notre ami, le Dr Louis Senlecq).

Henriette J... 19 ans 1/2, *primipare*, entre le 10 décembre 1906 à la Maternité de l'Hôtel-Dieu. Elle a eu ce jour-là des épistaxis abondantes, et se plaint de troubles oculaires.

Réglée à 14 ans, elle a eu la *diphtérie* en avril 1906. Ses dernières règles datent du 20 août. Elle est enceinte de 4 mois. Elle est venue à la consultation deux fois depuis le début de sa grossesse. Le 3 novembre on a constaté la présence d'*albumine* dans ses urines. Le 21 décembre elle en a encore en grande quantité : elle présente à l'auscultation des râles de bronchite disséminés.

On pense que la malade est atteinte d'une néphrite chronique liée à sa diphtérie.

M. Cerise vient faire l'examen ophtalmoscopique :

OG. — Veines dilatées et sinueuses, petites hémorragies le long de quelques vaisseaux. Près de la papille, du côté nasal, petites taches d'exsudats.

OD. — Taches exsudatives, moins blanches qu'à gauche, à la périphérie.

31 décembre. — OG. — Œdème papillaire assez prononcé. Papille étalée, un peu saillante ; bords flous.

OD. — Léger œdème. Vaisseaux tortueux, très rouges. Mêmes taches exsudatives que la veille des deux côtés. Les lésions oculaires s'aggravant, on décide de placer un ballon.

1er janvier. — L'état de la malade reste à peu près stationnaire. La vue baisse de plus en plus.

Elle est presque nulle de l'œil gauche. A 9 heures : ballon ; extraction : curettage. La malade a des hémorragies utérines, dues à une déchirure incomplète du segment inférieur. Elle souffre de douleurs dans le bas-ventre. Son pouls faiblit ; on lui donne : sérum, caféine, oxygène. Elle succombe à 7 heures du soir.

Autopsie. — Cerveau : très léger piqueté hémorragique. Foie : un peu petit, deux taches ecchymotiques sur sa face convexe. Reins : droit normal ; gauche : tache ecchymotique au pôle supérieur.

Observation 6

(Due à l'obligeance du Dr Jean Galezowski).

Mme D... 33 ans, vient consulter le 5 avril 1905 à la clinique du Dr Galezowski.

Au cours de sa *première grossesse*, elle a eu de l'albumine. L'apparition de l'éclampsie a nécessité l'accouchement prématuré artificiel à 7 mois (avril 1904). A ce moment, elle a eu de très violents maux de tête ; pendant deux mois on lui a laissé de la glace sur la tête. De plus, les membres étaient douloureux au toucher. Quinze jours après les attaques d'éclampsie elle a eu des convulsions des globes oculaires. On ne savait pas si elle voyait ou non. Tantôt elle disait reconnaître les personnes de son entourage, tantôt elle disait ne pas les voir ; à ce moment il y avait du délire. A l'examen des urines on trouva de l'*albumine*, mais pas en grande quantité.

Le lendemain de l'accouchement, elle ne voyait plus du tout. Elle ne percevait pas la lueur d'une bougie qu'on lui faisait passer devant les yeux.

Pendant trois mois, elle a été complètement aveugle ; puis la vue s'est améliorée petit à petit.

A l'ophtalmoscope, je constate une atrophie papillaire *bilatérale ;* les bords de la papille sont nets. Sur la rétine, et dans les deux yeux, se trouvent, en assez grande quantité, de petites taches noires, bien arrondies à contours nets. Ces taches siègent principalement autour de la papille ; dans l'œil gauche, il y en a une sur la macula. A la périphérie, on en voit encore quelques-unes, mais bien peu ; elles paraissent siéger dans les couches les plus internes de la rétine.

Le champ visuel est rétréci dans les deux yeux. Dans l'œil gauche la vision centrale est abolie. La malade dit voir continuellement un point vert, au point de fixation.

$$V : OD = \frac{1}{50} \qquad OG = < \frac{1}{50}$$

Observation 7

(in thèse E. Lécorché, 1858, page 47).

N. T... 26 ans, entre en novembre 1855 dans le service de M. Rayer. *Grande, forte, bien constituée, toujours bien portante*, elle fut réglée à 10 ans. A 11 ans, sans cause connue, arrêt de la menstruation et érysipèle de la face, revenant périodiquement chaque mois. Six mois après, retour des règles et disparition de l'érysipèle. Depuis lors, menstruations régulières, s'accompagnant de douleurs rénales. En 1855, grossesse ; accouchement en novembre à l'hôpital de la Charité... La femme fait un phlegmon du ligament large gauche.

Le 29 février 1856 le visage était bouffi ; l'urine examinée contenait de l'*albumine*. L'œdème s'étendit ; la proportion d'al-

bumine augmenta. Il survint un *trouble très marqué de la vue*

Cette amblyopie n'avait pas constamment la même intensité: parfois il y avait presque cécité, puis la vision recouvrait sa netteté.

Le 16 mars la fièvre persista, l'œdème augmenta.

Dans la nuit du 16 au 17, convulsions, nausées, vomissements; la cécité est presque complète ; mais le soir les troubles visuels sont presque disparus.

Le 18, nouvelles attaques, nouveaux troubles visuels. La proportion d'albumine ne varie pas. L'urine contient en outre de l'épithélium, des tubuli et des globules sanguins.

Les mois d'avril et de mai se passent sans accidents ; l'œdème disparaît, la proportion d'albumine diminue.

Le 2 juin, nouveaux troubles visuels : convulsions qui ne se renouvelèrent pas. L'albumine disparaît bientôt complètement.

Vers la mi-juin la malade sort de l'hôpital, ne conservant qu'une légère altération de la vue.

Depuis, l'albumine n'a pas reparu dans l'urine, mais la vue est restée faible. La malade ne peut pas coudre, et ne lit que les grands caractères d'impression. C'est à la suite des règles, surtout si elles ont été abondantes, que l'amblyopie est le plus prononcée. M. Desmarres a examiné dernièrement les yeux de N... et n'a trouvé aucune lésion dans la rétine. Le champ périphérique de la rétine a son étendue normale : les phosphènes sont tous conservés.

Observation 8

(in thèse E. Lécorché, page 53).

N... 36 ans, *grande et forte femme*, n'a jamais été malade. Devenue enceinte en 1857 elle vit, au bout de quelques mois,

ses membres inférieurs augmenter de volume : puis survint de l'ascite. L'examen de l'urine y fit découvrir de l'*albumine*. Pendant les mois d'octobre, novembre, décembre l'œdème augmenta, envahit la figure, la paroi abdominale, les grandes lèvres. A trois reprises la malade eut des accès de dyspnée tels, que l'on mit en question l'accouchement prématuré.

Vers la fin de décembre cette femme fut prise d'épistaxis : la vue baissa subitement, mais l'albumine n'augmenta point dans l'urine. La vision devint douloureuse au grand jour, la malade ne voyait bien que le soir.

Elle *accoucha en janvier à sept mois et demi*, sans attaques d'éclampsie. *Son état ne s'améliora pas ;* elle avait une céphalalgie presque continuelle, un abaissement très marqué de l'intelligence, et une diminution de la motilité des membres inférieurs. L'albumine était toujours aussi abondante dans l'urine.

Vers le 15 avril, l'état de la malade restait à peu près le même. Les jambes et la face étaient œdématiées. Les épistaxis n'avaient pas reparu, mais la malade éprouvait de fréquentes hémorragies utérines, qui coïncidaient toujours avec une diminution plus considérable de la vision. L'urine était toujours très albumineuse. La malade supportait difficilement la lumière ; elle ne reconnaissait plus les couleurs, confondait le vert et le bleu, le jaune et le brun, le rouge et le noir.

Les pupilles étaient dilatées, peu contractiles, les milieux transparents intacts. A l'examen ophtalmoscopique fait par M. Delgarde, chef de la Clinique de M. Desmarres, on ne rencontra point d'ecchymose, ni dégénérescence graisseuse, mais bien un œdème rétinien et sous-rétinien très prononcé : il était surtout marqué vers la papille qu'il entourait presque complète-

ment. Les phosphènes étaient peu marqués, le champ périphérique de la rétine très limité.

Observation 9

(In thèse A. Bousseau, 1868, page 26).

Marguerite... 22 ans, est prise d'*attaques d'éclampsie* dans le cours du *neuvième mois* de sa grossesse. Dans les cinq jours qui ont précédé son accouchement elle perdit complètement connaissance, et ne revint à elle qu'après l'accouchement. Deux jours après, le 1er janvier 1868, cette femme, ayant repris l'usage de ses facultés, se plaint de ne plus voir : elle ne reconnaît pas les personnes qui l'approchent et ne distingue les lits voisins que d'une manière confuse.

Examen ophtalmoscopique. — Congestion énorme de la choroïde et de la rétine. *Papille d'un rouge uniforme, œdémateuse ;* ses bords sont voilés par de la sérosité ; les parties voisines, jusqu'à la tache jaune, sont infiltrées d'une matière louche, opalescente. Les urines, au moment des attaques d'éclampsie, donnaient un dépot abondant d'albumine ; elles n'en renferment plus qu'une petite quantité.

Le 8. — Plus d'albumine. La vision est meilleure.

Le 16. — La malade peut se conduire ; mais elle ne peut encore ni lire, ni coudre.

Le 18. — La rétine a repris en partie sa transparence.

Dans les premiers jours de février, j'ai l'occasion de revoir cette femme. Je constate une *disparition complète de l'infiltration ; elle a repris ses occupations habituelles.*

Observation 10

(In thèse A. Boussbau, page 43.)

Marie... 22 ans, fileuse, entre à la Maternité de l'Hôtel-Dieu d'Angers le 27 janvier 1862. A eu en 1860 des accidents syphilitiques du côté de la gorge.

Au commencement de janvier, elle eut de l'œdème des extrémités inférieures qui l'empêcha de marcher : elle était alors *enceinte de huit mois* au plus.

Depuis huit jours l'œdème a envahi la figure, la vue s'est troublée ; un léger brouillard lui voile les objets. A son entrée, la face est pâle, bouffie ; le pouls imperceptible. Étourdissements, tintements d'oreille, vue très confuse, très grande faiblesse.

Examen ophtalmoscopique. — Teinte du fond de l'œil plus pâle qu'à l'état normal. Papille hyperhémiée, jaune rougeâtre, se confond avec la teinte de la choroïde. Veines peu volumineuses. Artères très pâles et comme vides de sang : elles apparaissent comme de petits rubans un peu plus brillants que le fond sur lequel elles reposent, mais à peine plus colorées : il semble qu'on ne distingue que leurs parois. *Urines fortement albumineuses.*

La vue est presque complètement abolie, le lendemain 28. La malade distingue à peine la flamme d'une bougie.

Le 30 janvier, elle accouche à 10 heures du matin sans convulsions.

Le 1er février, la vue s'améliore. Le 3, les urines ne contiennent plus d'albumine : l'œdème a disparu presque complètement.

Le 6, la malade entrevoit les objets et compte les doigts.

Examen ophtalmoscopique. — Œil droit : papille d'une couleur foncée, à peu près celle de la rouille ; entourée d'une zone blanche et irrégulière, plus prononcée en dedans et en bas. On ne peut guère distinguer de vaisseaux à sa surface ; les veines, assez volumineuses, se terminent brusquement à son pourtour, où elles semblent oblitérées par des caillots. Les artères sont filiformes ; à une certaine distance de la papille, on voit plusieurs taches blanches, brillantes, isolées les unes des autres, nettement circonscrites, et se rapprochant des vaisseaux ; elles existent surtout en dedans et en haut. Pas de taches ecchymotiques.

Œil gauche : même hyperhémie de la papille ; cependant on peut suivre presque tous les vaisseaux de la rétine à sa surface, et jusqu'à leur point d'émergence ; mais plusieurs paraissent vides de sang. Les deux branches supérieures de la veine s'arrêtent brusquement au pourtour de la papille, où elles sont évidemment oblitérées par des caillots. On peut suivre leurs parois à la surface de la papille jusqu'au centre à peu près, mais dans cette portion sus-papillaire, elles ne renferment pas de sang, et ont une certaine transparence. Les artères sont filiformes. Des taches brillantes sont disséminées au côté interne de la papille, à une petite distance ; celle-ci est en outre entourée d'un cercle blanchâtre, incomplet et irrégulier, plus prononcé en bas. Absence d'hémorragies dans l'un et l'autre œil.

Le 11. — La malade est en bonne santé : la vue s'est améliorée : elle lit le n° 20 de Jœger ; elle ne peut reconnaître que quelques lettres du n° 19. Elle prend tous les jours 1 gramme d'iodure de potassium.

Le 15. — La papille est moins hyperhémiée, les taches moins nettes, la circulation paraît se rétablir dans les veines. Elle lit le n° 17 de Jœger.

Le 26. — Elle lit le n° 11. Du côté gauche, la papille n'offre plus qu'une teinte jaune, plus terne qu'à l'état normal. La circulation est rétablie dans la portion sus-papillaire des veines oblitérées, qui sont cependant un peu plus étroites dans cette partie de leur trajet. Les taches et la zone blanchâtre qui entourait les papilles ont presque complètement disparu. Les artères sont toujours assez petites. La teinte de la choroïde est intacte. Du côté droit, même état, sauf qu'une des veines s'arrête encore au pourtour de la papille, et est à peu près invisible au devant d'elle.

23 mars. — Elle lit le n° 5; a pu reprendre ses travaux : elle voit cependant encore un léger brouillard. L'examen ophtalmoscopique de l'œil gauche, montre que *tout est à peu près revenu à l'état normal.* A peine peut-on trouver quelques traces légères des taches, qu'on apercevait encore à la partie interne de la papille.

Observation 11

(In thèse Gendron, 1890, page 51.)

M... Marthe, 27 ans, d'un tempérament lymphatique et nerveux. Réglée à 15 ans ; l'établissement des premières règles coïncide avec l'apparition d'une blépharite ciliaire chronique accompagnée de conjonctivite dont la malade n'a jamais pu se guérir; chaque période menstruelle amenant une nouvelle poussée du côté des paupières.

Le 13 décembre 1887. — *Premier accouchement* difficile ; on est obligé d'appliquer le forceps. Il est suivi d'une *forte hémorragie*, après laquelle la *vision est subitement très affaiblie*. Il

n'y a pas de cécité absolue, mais M^me^ M..., ne voit les objets qui l'entourent qu'à travers un brouillard épais. Après quelques jours, le mauvais état de la vision s'amende légèrement ; cependant, la malade ne peut voir de loin, et surtout, elle ne peut fixer les objets. *Cet état dure tout le temps de la lactation*, c'est-à-dire dix mois. Alors la vue revient peu à peu ; mais il n'y a pas de *restitutio ad integrum*. Il ne reste plus qu'un léger nuage.

Le 4 septembre 1889. — *Nouvel accouchement*, normal.

Les *mêmes phénomènes* se reproduisent. A la suite d'une hémorragie un peu abondante, la vue baisse de nouveau subitement. Toutefois, *cet état dure moins longtemps* que la première fois, six semaines seulement ; l'enfant étant mort le vingt-deuxième jour, *la lactation a été arrêtée*. La vision s'améliore donc, au bout d'un mois et demi ; mais, cette fois, les traces de la maladie sont plus accentuées.

Enfin, *depuis deux mois, la vue de M^me^ M.... baisse progressivement*. Le brouillard dont elle se plaignait devient plus épais. *Chose, digne de remarque, M^me^ M..., se croit enceinte*. Depuis le mois d'avril elle n'a pas eu ses règles ; elle a de la céphalée, de la gastralgie, des nausées, des faiblesses ; l'appétit a disparu. A l'ophtalmoscope, nous ne trouvons rien dans le corps vitré : la rétine paraît saine : à la papille, traces peu apparentes d'une névrite optique ancienne.

Le champ visuel ne présente pas de scotome ; pas d'hémianopsie, mais il est rétréci concentriquement, surtout à droite. Pas de dyschromatopsie. Rien dans les urines.

Observation 12

(Valude. *Annales d'oculistique*, avril 1892).

Femme B... 30 ans, journalière, habitant Troyes, vient nous consulter à la clinique des Quinze-Vingts. De *bonne santé*, elle eut une *première grossesse sans accident* d'aucune sorte, il y a neuf ans. L'enfant ne vécut que quelques semaines.

Depuis cette première grossesse, cette malade, qui avait joui d'une vision tout à fait normale jusque-là, présenta, *lors de ses époques menstruelles* et à toutes les fois régulièrement, des *troubles visuels*, une amblyopie marquée et prédominante à l'œil gauche, qui ne lui permettait pas, pendant quelques jours, de se livrer à ses travaux habituels. Aussitôt la terminaison des règles, les troubles visuels disparaissaient d'eux-mêmes, rapidement et complètement.

Les choses se continuèrent de la sorte, et sans changement ; jusqu'au mois de juin dernier et vers cette époque, quelques semaines avant le début de la grossesse actuelle, l'œil gauche commença à se montrer obscurci, sans que l'amblyopie fît mine de disparaître comme dans les circonstances précédentes. La diminution de la vision allait même en croissant, mais du côté gauche seulement.

Sur ces entrefaites la malade devint *enceinte pour la seconde fois*. Dans les premiers mois de la grossesse, l'*amblyopie de l'œil gauche ne fit que des progrès* de plus en plus rapides, et bientôt la malade ne put plus se servir de cet œil.

Deux mois après le début de la grossesse, c'est-à-dire il y a cinq mois, l'*œil droit commença à son tour, à se montrer brouillé*. D'abord insignifiante, cette gêne visuelle finit par se caractéri-

ser ; bientôt la malade éprouva de la difficulté à travailler ; puis, *toute occupation devint impossible* ; aujourd'hui elle ne se conduit que difficilement seule.

C'est alors que très effrayée, elle se présenta à nous, le 15 janvier dernier. Nous constatons :

Œil gauche : A l'ophtalmoscope une atrophie blanche complète de la papille sans autre lésion du fond de l'œil. Cet œil possède à peine la faculté de reconnaître le jour de la nuit, et la pupille ne réagit plus à la lumière.

Œil droit : La papille est assez notablement colorée en rose et surtout uniformément. Rien autre d'anormal au fond de l'œil et les vaisseaux ne présentent rien de particulier. La pupille réagit encore assez bien à la lumière ; V = 1/10.

Dans ces conditions et en tenant compte :

1° De ce fait que chacune des menstruations entraînait avec elle des troubles visuels passagers qui étaient vraisemblablement dus à des congestions légères des nerfs optiques ;

2° De l'aggravation particulière des symptômes durant l'état de la grossesse, aggravation tellement accusée, qu'il était impossible de ne pas trouver entre la grossesse et l'atrophie optique croissante, une relation de cause à effet ;

Nous avons pensé qu'il y avait lieu de pratiquer l'accouchement prématuré artificiel, dans le but de rompre la chaîne des accidents optiques, car dans l'existence de cette malade, toujours les symptômes oculaires semblaient avoir été sous la dépendance directe d'états utérins divers.

Dans cette pensée, nous avons présenté la malade et soumis le cas au professeur Tarnier, lequel a bien voulu appuyer notre avis de sa haute autorité. Et *l'accouchement prématuré artifi-*

ciel fut dès lors résolu. La malade entra à la clinique d'accouchement le 16 janvier.

Le 19. — L'acuité visuelle de l'œil droit avait encore diminué, car la malade ne pouvait plus compter les doigts qu'à 4 mètres ; le 20, elle les comptait à une distance plus courte encore, à 3 m. 75 exactement, mais la différence vaut à peine d'en parler.

Ce jour-là, le champ visuel fort rétréci, présentait les limites suivantes : *côté temporal* 60°, *côté nasal* 45°, *en haut* 30°, *en bas* 40°.

L'accouchement fut effectué le 20 janvier et heureusement.

Voici d'ailleurs, le résumé de l'observation du coté obstétrical. Femme bien conformée qui a déjà eu une grossesse et un accouchement normaux.

Le décours de la présente grossesse a été normal, sauf du côté de la vision.

L'accouchement prématuré est effectué avec simplicité par sommet ; les suites en sont normales.

L'enfant qui pesait 2.800 grammes a vécu pendant huit jours.

Le 28 janvier. — Je revois la malade ; elle pouvait déjà compter les doigts, de l'œil droit à 9 mètres et sans éprouver la fatigue qui, auparavant, la forçait très rapidement à abandonner toute fixation même éloignée.

Le 2 février, la malade se lève et l'examen peut être plus complètement pratiqué :

O. D., papille un peu moins congestionnée : V = 2/3.

O. G., papille toujours blanche ; la malade prétend qu'elle ne voit pas l'ombre de la main lorsque le jour est éclatant.

Champ visuel : T. 70°, N. 60°, H. 40°, B. 70°.

Le 6 février. — O. D., V = 1 avec une certaine hésitation.

La malade est envoyée au Vésinet en convalescence.

A son retour, le 16 février, nous constatons :

O. D., V = 1 à peu près, mais difficilement.

Cependant, ce qui est plus net, c'est que la malade peut lire et sans fatigue aucune à la distance de 0,30 centimètres les caractères les plus fins de la petite échelle de de Wecker.

Elle peut désormais travailler sans gêne :

Œil gauche toujours dans le même état ; la malade dit qu'en certaines circonstances elle voit passer des ombres devant cet œil.

Champ visuel normal ou à peu près : T. 80°, N. 65°, H. 45°, B. 75°.

C'est donc ici un fait de névrite optique à tendance atrophique, mais une *névrite optique primitive pure*, et qui ne peut être assimilée aux atrophies qui se rencontrent comme phénomène ultime des rétinites albuminuriques et aussi diabétiques.

P. S. — La malade, rentrée dans son pays, vient de nous adresser les nouvelles suivantes : Huit jours avant son retour de couches, son œil droit a présenté de la fatigue et un certain degré d'amblyopie qui persista durant l'écoulement utérin. Puis tout rentra dans l'ordre. L'œil gauche est resté avec une vision toujours très imparfaite.

En somme, les modifications physiologiques, du côté du système utérin, semblent retentir toujours aussi vivement sur l'appareil oculaire de cette malade, soit qu'il s'agisse de l'accommodation, qui est atteinte aujourd'hui, ou du nerf optique, qui se trouvait directement en cause au cours de la grossesse passée.

Observation 13

(O. Bull de Christiania, *Ann. d'oculistique*, 1892.)

Marie A..., 36 ans, nous consulte le 21 mai 1880. Elle a eu quatre enfants. Sa vue commença de faiblir, il y a cinq ans, dans la *première moitié de la seconde grossesse*. Elle était presqu'aveugle au moment de l'accouchement. Six semaines après : elle recouvre la vue. A *sa troisième grossesse* elle devint aveugle au quatrième ou cinquième mois. Sa vision s'améliora mais imparfaitement après l'accouchement. A la *quatrième grossesse*, mêmes troubles occulaires. Après l'accouchement, la *vision demeura très imparfaite*. Pendant plusieurs années après, la malade souffrit de maux de tête, dyschromatopsie, scintillement, nausées, vomissements. Elle ne distinguait plus nettement que le jaune et le bleu. L'œil droit différencie la lumière de l'ombre. A l'œil gauche : V = 1/60.

A l'examen ophtalmoscopique on constate une atrophie simple des deux papilles. L'acuité s'est légèrement améliorée : V = 1/36.

Observation 14

(Rogman, *Annales d'oculistique*, 1894, t. CXII.)

Femme R. T..., 30 ans, me consulte le 4 mai 1894, pour une *diminution de l'acuité visuelle*, dont elle souffre depuis cinq mois, et qui va tous les jours en s'aggravant. Le *début remonte à deux semaines après un accouchement* normal. La femme *nourrissait* elle-même son enfant, qui était gros et goulu,

lorsqu'elle se sentit indisposée. Du jour au lendemain les seins se dégonflèrent, la *sécrétion se tarit*. En même temps, elle souffrit de céphalalgie intense temporopariétale, accompagnée de nausées, vomissements. Les douleurs se sont amoindries peu à peu.

Simultanément avec la céphalalgie, mais affectant une marche inverse, s'est déclaré l'abaissement de la vue. Au même moment la femme était atteinte de diarrhée profuse, qui avait duré cinq semaines. Menstrues, deux mois après l'accouchement produisant une aggravation de tous les symptômes. La femme est pâle, amaigrie. La face est légèrement déviée à droite. L'œil gauche est plus ouvert que l'œil droit ; la pupille gauche est plus grande que la pupille droite ; elles réagissent bien toutes deux à la lumière. (Diplopie ; images homonymes ; pas d'exophtalmie). V. : OD. 5/50 ; OG. 5 20 ; champ visuel sensiblement normal des deux côtés : pas de dyschromatopsie.

Examen ophtalmoscopique. — Limites des papilles effacées, masquées par une infiltration striée, s'irradiant de tous côtés, parcourues par des flammèches sanguinolentes.

En dehors, trois ou quatre taches hémorragiques. Veines : élargies, tortueuses à leur entrée dans le disque infiltré. Artères : semblant se rétrécir et disparaître vers son centre.

Ailleurs, fond d'œil normal, sensiblement le même des deux côtés. *Pas de syphilis ;* cœur bon. Rien aux urines. Mariée depuis sept ans, *elle a toujours vécu dans une grande misère*. Elle a eu cinq enfants. Le premier et le second furent allaités sans encombre, longtemps, pendant dix et douze mois. Au troisième, elle eut de la paralysie faciale droite. L'allaitement fut interrompu par un accès fébrile : céphalalgie, vomissements, tarissement subit de la sécrétion, diminution de l'acuité visuelle.

L'altération de la vue persiste sept mois. Au quatrième enfant, même accidents qu'aux précédents. Elle fut atteinte seulement pendant un mois. Elle souffrait plutôt de diplopie qui disparut au bout de cinq mois.

Diagnostic : *névrite optique double* d'intensité moyenne Parésie du droit externe gauche, et du facial gauche.

Traitement : *Cure de sudation par le salicylate de soude.*

15 mai. — A l'ophtalmoscope,l'infiltration paraît notablement diminuée. OG. = 5/6; OD. = 5/50.

18 mai. — L'infiltration a encore diminué ; OG. = 5/5; OD. = 5/50.

5 juin. — Limites des papilles pas encore visibles, mais les vaisseaux sanguins sont distingués jusqu'à leur émergence ; OG. = 5/6 ; OD. = 5/50.

8 juin. — A droite les limites papillaires sont visibles.

12 juin. — A gauche la papille peut être délimitée. OG. = 5/5 ; OD. = 5/50. Encore de petites taches hémorragiques à droite, à 1/2 diamètre de la papille. *L'examen des urines est toujours négatif.*

8 juillet. — Des deux côtés, les symptômes de névrite optique ont entièrement disparu. Les disques optiques sont colorés, leurs limites bien visibles, mais perdues dans ce trouble diffus qui forme le signe caractéristique d'une inflammation évoluée. Les artères sont très minces ; une tache hémorragique persiste à droite, au bord supéro-interne de la papille ; OG = 5/6 ; OD. = 5/50.

Plus de diplopie.

Observation 15

(Heinzel. *Beitrœge zur Augenh.* XIII, janvier 1894 ; p. 235).

Femme B..., 25 ans ; *primipare.* Couches normales. Sept semaines plus tard, mouches volantes. Bientôt après céphalalgie. *Diminution de la vue* aboutissant en quelques jours à une *cécité complète. La femme B... cessa de nourrir.*

Quand elle se présenta à la clinique de Fuchs, elle était *solide*, *bien nourrie*, sans aucune apparence de maladie, mais remarquable par sa démarche lente et pesante. Urines : acide urique légèrement augmenté ; pas de sucre ; traces d'albumine provenant peut-être des lochies. Pupilles de grandeur ordinaire : à droite immobile à la lumière. *Névrite optique d'intensité moyenne des deux côtés : œil droit complètement aveugle ;* œil gauche, voit la lumière d'une lampe et peut indiquer la situation de la flamme.

Traitement au *salicylate de soude jusqu'à sudation. Cinq jours après la patiente peut compter les doigts* à 50 centimètres de l'œil droit, à 20 centimètres de l'œil gauche. La semaine suivante, les couleurs furent reconnues ; — $V = \frac{5}{20}$.

Deux mois plus tard, la femme eut encore des céphalalgies et de la pesanteur dans les jambes ; $V = \frac{5}{5}$.

Le champ visuel pour les couleurs était encore fort rétréci. Les nerfs optiques étaient manifestement plus pâles : il s'était donc produit une certaine atrophie du nerf.

Observation 16 (résumée.)

(Meyer. *Zeitschrift für Augenh.*, 1899).

M..., 28 ans. Vers le quatrième mois de sa grossesse, elle perd la vue presque complètement en quelques jours.

Rétinite albuminurique intense. L'examen des urines fait diagnostiquer une néphrite chronique exacerbée par la gestation. On décida l'*avortement* : il s'accompagna d'accès d'amaurose urémique. Après six semaines il persistait 1 à 2 0/0 d'albumine mais *la vue ne se releva guère.*

Observation 17

(Rochon-Duvigneaud : *Soc. fr. d'ophtalmologie*, 1901, p. 350).

Marguerite O..., cuisinière, 31 ans. Pas d'antécédents pathologiques. Grossesse normale en 1891. Cinq ou six jours avant l'accouchement (mai 1892), diminution très considérable des urines ; huit crises convulsives pendant le travail ; accouchement normal.

Peu de temps après, anasarque considérable, crise d'urémie ; albumine abondante (15 gr. par litre). Pendant cette période (été 1892), la vue se trouble.

L'examen ophtalmoscopique montre *une double rétinite brightique*, de forme classique, d'intensité moyenne. Hémorragies, plaques blanches, pointillé blanc périmaculaire.

En mars 1893, les lésions rétiniennes sont en voie de régression ; les hémorragies ont presque complètement disparu ; il n'y a plus d'œdème de la rétine ni des papilles. Celles-ci sont

d'un blanc grisâtre et d'aspect atrophique ; artères rétrécies ; veines un peu dilatées, bordées d'un liseré de périvasculite ; pointillé blanc sur les macula ; aspect graisseux ; une tache pigmentaire à gauche.

Dans la suite, ces lésions se sont encore amendées. Deux ou trois ans après le début de la rétinite, les papilles présentaient seulement un aspect atrophique, avec des vaisseaux légèrement liserés de blanc; quelques irrégularités pigmentaires ; des taches blanches de la région des macula.

A cette époque il était impossible, par le seul examen ophtalmoscopique, de faire sûrement le diagnostic de la lésion initiale. De son œil droit, la malade peut lire les caractères d'un journal ; l'œil gauche compte difficilement les doigts. Ne peut pas lire.

La malade meurt en mars 1901, d'une pneumonie.

Autopsie. — Gros cœur ; reins scléreux, petits, durs, se décortiquant mal.

Une des rétines montre une hémorragie grosse comme une tête d'épingle, assez loin de la papille.

Observation 18

(In thèse A. Monthus, 1902, page 7.)

Aud..., 30 ans, *primipare*, ménagère, entre à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, le 3 août 1899. Réglée à 16 ans régulièrement ; fait, en 1893, une fièvre muqueuse (?), reste malade pendant deux mois. Depuis l'âge de 14 ans, elle a eu des céphalées fréquentes qui ont disparu depuis sept ou huit ans. Elle a été soignée depuis plusieurs années pour *anémie*. Elle urinait souvent,

se levant souvent dans la nuit. Aucun symptôme de petit brightisme.

Dernières règles dans les premiers jours d'octobre. Depuis qu'elle est enceinte, les symptômes suivants se sont produits : mictions beaucoup moins fréquentes. A un moment la miction a été douloureuse. Les urines n'ont été examinées qu'une fois avant l'entrée, et ont alors été trouvées *fortement albumineuses*. Œdème des chevilles, dès le mois de juin, surtout marqué le soir. L'œdème disparaît le matin au réveil. Épistaxis abondante, sans cause, le soir du 1er juillet, huit jours avant le début des troubles oculaires.

Troubles oculaires qui débutent vers le 10 juillet brusquement au cours d'un orage ; la malade qui était en train de coudre, s'aperçoit que sa vue se trouble ; elle met cela sur le compte de l'orage, mais les jours suivants, la vue reste trouble. La malade continue de coudre deux à trois heures par jour, mais elle distingue difficilement son aiguille, et est devenue incapable de l'enfiler.

Au bout de huit jours elle ne peut plus coudre : chaque jour sa vue baisse davantage : *elle se conduit difficilement. Aucun traitement* n'a encore été prescrit.

Le 25 juillet on la conduit aux Quinze-Vingts ; on est obligé de la mener par la main. Après examen on reçonnaît des *lésions oculaires dues à l'albuminurie*. On prescrit le régime lacté exclusif. Le 28 juillet, l'examen des urines fait pour la première fois a révélé une forte quantité d'albumine. Pas de signes de brightisme.

État actuel. — Œdème peu marqué des chevilles. Pouls petit, dur : forte tension artérielle. Au cœur, bruit de galop. Rien aux

poumons. Œdème de la paroi hypogastrique. Ascite assez considérable. Le foie semble gros.

Le 8 août 1899 nous pratiquons l'examen oculaire avec M. Rochon-Duvigneaud : pupilles égales, plus larges que normalement ; réagissent incomplètement à la lumière. La malade distingue tout au plus les mouvements de la main promenée devant l'œil ; elle prétend mieux voir de l'œil gauche.

Les lésions du fond d'œil sont très analogues comme intensité, un peu plus marquées à droite : papilles œdémateuses, pâles, à contours disparus ; vaisseaux excessivement tortueux. La zone péripapillaire est occupée par de larges taches blanchâtres, parsemées çà et là d'hémorragies. Les deux régions maculaires sont gonflées, soulevées (petit décollement local) ; quelques hémorragies. Cet état symétrique des deux régions maculaires explique la diminution énorme de la vision dans ce cas.

La malade accouche sans incident le 9 août.

Dans la nuit du 10 au 11 elle présente un accès d'éclampsie (chloral).

Le 11, elle répond très clairement aux questions qu'on lui pose, la parole est un peu saccadée. Aucun incident (purgatif chloral).

Le 12, *la vision est complètement abolie* depuis l'accès, la malade est dans une nuit permanente. Les œdèmes ont un peu augmenté (purgatif, chloral.)

Le 13, un peu d'excitation cérébrale, mais idées absolument claires. Température : 37°9. Le pouls s'accélère.

Dans la nuit du 13 au 14, délire, agitation : la malade dit apercevoir une lueur de son œil gauche.

Le 14 au matin, quelques vomissements. La température

monte à 40°6 : le pouls, petit, monte à 132. La malade est en pleine connaissance.

Vers 10 heures, elle tombe brusquement dans le coma et meurt une heure après.

Observation 19

(in thèse A. Monthus, page 22.)

Marg. Brech..., femme de ménage ; entre à l'Hôtel-Dieu annexe le 11 décembre 1901.

Antécédents.—Rhumatisme à neuf ans et à vingt ans. *Primipare ;* grossesse de *huit mois.*

Présence d'*albumine* dans l'urine.

A 6 heures du soir, attaque d'éclampsie durant deux à trois minutes non suivie de coma, chloroformisation pendant une heure et demie.

Extraction à l'aide du forceps ; extraction simple du placenta ; 4 grammes de chloral.

Le 4 décembre, la malade se plaint de brouillard devant les yeux.

L'examen ophtalmoscopique nous donne les résultats suivants :

Léger trouble des papilles, quelques hémorragies mais très petites, disséminées autour des régions papillaires. Pas de constellations maculaires ni de taches exsudatives.

Nous avons revu la malade plus tard. Les troubles rétiniens ont disparu, sauf quelques petites taches pigmentaires peu étendues. *La vision est redevenue normale.*

Observation 20

(in thèse A. Monthus, page 14 ; due à l'obligeance du professeur Panas).

Mme E..., dame mexicaine, âgée de vingt-six ans, soignée de concert par le professeur Potain et M. Ribemont-Dessaignes, devient *enceinte et albuminurique*. Comme elle ne supportait pas le régime lacté approprié à son état allant en s'aggravant, on procède à l'*accouchement prématuré vers le huitième mois*. L'enfant né vivant n'a pas survécu. Alors que l'accouchée gardait le lit, elle est prise d'une double phlegmatia alba dolens, suivie bientôt d'une double amblyopie qui ne tarde pas à constituer une *amaurose bilatérale totale*, ne permettant pas à la malade de distinguer le jour de la nuit. C'est alors que mes collègues ont bien voulu m'appeler auprès de la malade et je constatai une *double rétinite albuminurique typique* avec saillie de la papille dont les bords étaient indistincts ; les vaisseaux centraux sont entrecoupés, on distingue des stries blanches et apoplectiques fines et radiées autour du disque optique ; et au niveau de la région maculaire, la constellation blanche radiée caractéristique. Vu l'impossibilité pour la malade de se résigner au régime lacté, on lui administre de la lactose et comme aliment des potages et des crêmes qu'elle accepte.

Pas de traitement oculaire à proprement parler, sauf des ventouses scarifiées à la nuque et la recommandation de se tenir dans une pièce obscure.

Me fiant au pronostic habituellement favorable de la rétinite albuminurique gravidique, j'ai fait espérer, bien qu'ayant affaire ici à une forme des plus rares post-gravidique, ayant

évolué justement après une parturition prématurée, qui passe précisément pour l'intervention qui met un terme à une rétinite gravidique existante. Ce qui pouvait faire songer à une aggravation du pronostic, c'était la coexistence d'un *état général des plus mauvais*.

Le résultat a donné raison à mon optimisme, car la malade, au bout de trois semaines, a commencé à apercevoir la clarté de la lumière ; bientôt après à distinguer et compter les doigts, et finalement, au *bout de trois mois, elle a récupéré entièrement la vision* avec restitution totale de l'acuité visuelle des deux yeux. Cependant l'état général était amélioré, les thromboses veineuses avaient cédé et la malade avait retrouvé les attributs de la santé, ne conservant même pas d'œdèmes dans les membres inférieurs.

Un an plus tard, j'ai eu le plaisir de recevoir la visite de ma patiente dans mon cabinet de consultation et de constater que la malade avait oublié jusqu'au souvenir de sa cécité complète et bilatérale, et qu'elle pouvait écrire, lire et travailler aussi longtemps qu'elle voulait, sans éprouver ni gêne, ni fatigue ; malgré cela l'ophtalmoscope me démontrait que, si la rétine avait retrouvé son aspect absolument normal, les papilles restaient lavées et blanches comme des papilles nettement atrophiques, cela sans la moindre saillie ni excavation. Les vaisseaux centraux, aussi bien les artères que les veines, avaient leur calibre normal et n'étaient bordés d'aucun liseré blanc le long de leur trajet, preuve qu'il n'y a eu ni périartérite, ni périphlébite rétinienne.

Il y a, depuis cette constatation, actuellement près de douze années écoulées et Mme X... a repris toutes ses habitudes mondaines et ses voyages, non sans excès, et rien n'est venu entra-

ver sa guérison au point de vue de sa rétinite albuminurique.

Observation 21

(P. Bar. *Bulletin de la Soc. d'Obst. de Paris* ; mai 1904.)

1° X..., 22 ans, *primipare*. N'était *pas albuminurique*. Vers le milieu de sa grossesse elle vint se plaindre d'un abaissement de la vue accentué du côté droit. Je constatai un peu de parésie pupillaire de ce côté et j'adressai cette jeune femme à M. Panas

L'examen ophtalmoscopique montra qu'il y avait de l'œdème papillaire, et M. Panas me manifesta, dès ce moment, des craintes d'*atrophie papillaire par névrite*. Il n'y avait ni hémorragies rétiniennes, ni aucune des lésions accoutumées de l'albuminurie gravidique. On fit à la malade, jusqu'à la fin de la grossesse, des onctions mercurielles sans grand résultat ; l'amblyopie ne parut pas faire de progrès après l'accouchement.

Cette dame devint *de nouveau enceinte* ; vers le quatrième mois, l'amblyopie s'accentua. M. Panas confirma l'existence d'une *névrite optique*. L'œil gauche fut atteint et cette dame présente aujourd'hui une amblyopie qui confine à l'amaurose.

2° En 1896, M. Panas me pria d'assister pendant sa seconde grossesse une dame qui avait perdu la vue dans les circonstances suivantes :

La *première grossesse* semblait se poursuivre d'une façon régulière ; mais *vers la fin, la vue baissa rapidement*. On ne fit pas grande attention à cet accident, l'accouchement fut régulier; les suites de couches furent normales, mais la vue baissa tellement qu'on consulta M. Panas vingt jours après l'accouchement. Il diagnostiqua une *névrite optique* à marche rapide.

Quand je vis cette dame vers le troisième mois de sa seconde grossesse, elle avait encore la notion de la lumière, voyait l'ombre de la main placée devant les yeux et, par moments, pouvait compter les doigts qu'on présentait à sa vue.

Pendant la *seconde grossesse*, les accidents oculaires qui avaient semblé subir un temps d'arrêt s'accentuèrent, et la *cécité devint complète à la fin de la gestation*..

M. Panas m'a répété qu'il s'agissait ici d'une *atrophie par névrite optique*, sans qu'il y eût de lésions d'autre nature.

Quand M. Panas fut mort, cette dame me demanda de la confier à un ophtalmologiste. Je l'adressai à M. Parinaud qui me confirma le diagnostic porté par M. Panas et le pronostic d'une *cécité définitive*.

Observation 22

(J. Bistis d'Athènes. *Arch. d'opht.*, juillet 1904).

Femme X..., 30 ans, ne présentant rien d'anormal dans sa nutrition et ne souffrant *pas de syphilis, ni d'albuminurie*.

Il y a trois ans survint une *diminution sensible de la vue survenue pendant l'allaitement du troisième enfant*. Actuellement, la malade perçoit les mouvements de la main à la distance de 3 mètres. L'examen ophtalmoscopique montrait la papille optique gonflée et trouble, les veines de la rétine dilatées et tortueuses, les artères rétrécies.

La partie rétinienne avoisinant la papille était trouble et on observait dans la rétine et autour de la papille optique, en dehors et en bas, plusieurs petites taches hémorragiques. Au haut, existait une plus grande plaque hémorragique de la gran-

deur de la papille optique. Les hémorragies se localisaient près des veines. L'œil gauche était complètement sain et avait une réfraction emmétropique.

La malade subit le *traitement sudorifique par le salicylate de soude, cessa l'allaitement* et présentait un mois et demi après une *amélioration très sensible de son acuité visuelle :* l'examen ophtalmoscopique ayant révélé une régression presque complète des phénomènes inflammatoires de la papille optique et des altérations rétiniennes. Après un certain temps, la vue se rétablit presque complètement.

Pourtant trois ans après cette attaque, la même malade nous consulta pendant les derniers jours d'une *quatrième grossesse*, se plaignant d'une *nouvelle diminution de la vue* de son œil droit : abaissement de l'acuité visuelle de cet œil jusqu'à la perception des doigts à la distance de 4 mètres : l'examen ophtalmoscopique montrait une *névrite optique* avec plusieurs taches hemorragiques autour de la papille. En somme, les mêmes altérations du fond de l'œil que dans la première attaque. Nous n'avons pas suivi la malade, mais nous avons appris que l'état ne s'est pas modifié par la suite.

Observation 23

(J. Bistis. *Arch. d'opht.*, janvier 1908, p. 35.)

Mme Hélène...., âgée de 36 ans, de constitution très faible et mère de cinq enfants, vient d'avoir de grandes *hémorragies utérines* dues probablement à une fausse couche. La malade ne souffre d'aucune affection générale. Urines normales.

L'examen de l'œil droit ne révèle rien d'anormal. Réaction

de la pupille à la lumière ; et accommodation intacte. V = 1/10. Le champ visuel offre un scotome central absolu, sans rétrécissement périphérique. A l'ophtalmoscope, trouble léger de la papille avec bords indécis. Il s'agissait d'une *névrite optique* suivie plus tard d'une atrophie.

L'œil gauche, à part une hypermétropie forte existant aussi à droite, ne présentait pas d'altérations pathologiques.

CONCLUSIONS

La névrite optique pure, et la névro-rétinite albuminurique reconnaîtraient toutes deux une cause unique, une auto-intoxication gravidique.

La névrite optique pure, dite rétrobulbaire, serait plutôt une névrite des cellules visuelles.

La névrite et la névro-rétinite sont presque toujours bilatérales ; elles apparaissent généralement dans la seconde moitié de la grossesse. La gravité de leur pronostic est souvent en rapport avec la précocité de leur début, l'état de récidive, l'état de santé générale de la malade.

La névro-rétinite est relativement peu fréquente chez les femmes enceintes albuminuriques : son pronostic est assombri par l'existence d'une néphrite antérieure.

Les lésions du fond de l'œil ne paraissent pas donner d'indications précises pour l'établissement d'un pronostic et l'urgence d'une intervention obstétricale, à moins que l'on constate des lésions particulièrement graves.

En présence d'une femme enceinte, atteinte de névrite ou de névro-rétinite, on devra instituer, sans retard, un traitement général et local approprié, qui permettra presque toujours d'enrayer la marche de l'affection, et de laisser la grossesse suivre son cours normal.

Vu : le Président de thèse
DE LAPERSONNE

Vu le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Abadie. — *Traité des maladies des yeux*, 2e édition, 1884, vol. II.

Assicot. — Amauroses post hémorragiques. *Archiv. d'opht.*, mai 1902.

Bar. — Des polynévrites et des mononévrites gravidiques. *Bulletin de la Soc. d'obstétrique* de Paris, 1904 (p. 180).

Bastide. — Des troubles oculaires dus à l'état puerpéral. *Thèse Paris*, 1893.

Berger. — Maladies des yeux et pathologie générale, 1892.

Berger-Lœvy. — Troubles oculaires d'origine génitale chez la femme, 1905.

Bistis J. — Amblyopie et amauroses consécutives à des hémorragies. *Arch. d'ophtalmo.*, janv. 1908, t. 28, p. 34.

— *Arch. d'Opht.*, mai 1904.

Bousseau. — Des rétinites secondaires. *Thèse Paris*, 1868.

Bull O. — *Annales d'oculistique*, oct. 1892, t. CVIII, p. 286.

Budin et Demelin. — Manuel pratique d'accouchement et d'allaitement, 1904.

Buel. — La névrite optique rétro-bulbaire au cours de la grossesse. *Arch. d'ophtalmo.*, 1889, p. 312.

Carron du Villards. — Maladies des yeux, 1838.

Cazeaux. — *Traité de l'art des accouchements*, 5e édition.

Celse. — *Traité de Médecine.*

Churchill. — De la paralysie comme accident de la grossesse

et de l'état puerpéral. *Dublin quaterly Journal of Medicine Sciences*, 1854, mai, p. 257.

Churchill. — *Traité pratique des maladies des femmes*, 1881.

Cohn S. — Uterus und Auge. *Semaine médicale*, 26 fév. 1890, p. 71.

Delarue. — *Traité des maladies des yeux*, 1820.

Denonvillers et Gosselin. — *Traité des maladies des yeux*, 1855.

Derby G.-S. — Névrite optique pendant la lactation. *Arch. of ophtalmology*, 1905, p. 9.

Desmarres. — *Traité des maladies des yeux*, 1858, tome III, 2e édition.

Desmonceaux. — *Traité des maladies des yeux*, 1786.

Deutschmann. — De la névrite rétro-bulbaire aiguë. Deutschmann's Beitræge zur Augenheilkunde, 1892, t. VI, p. 1.

Deval. — *Traité des maladies des yeux*, 1862.

Eliasberg. — Amaurose passagère sans altération ophtalmoscopique survenue pendant les couches. — *Centralblatt für praktische Augenheilkunde*, avril 1893.

Eustache G. — Manuel pratique des maladies des femmes. Paris, 1881.

Fano. — *Traité des maladies des yeux*, 1866.

— Troubles de la vision chez les femmes enceintes. *Journ. d'oculistique et de chirurgie*, déc. 1883.

Fauconnier. — L'amaurose et la cécité au cours de la grossesse. *Thèse Paris*, 1907.

Franck van Fleet. — Rétinite albuminurique et gravidique. *The New-York Med. Journ.*, sept. 1891.

Frogé. — Pathogénie de quelques troubles de la grossesse. *Thèse Paris*, 1868.

Fuchs. — *Manuel d'ophtalmologie*, 1906.

Galezowski. — *Traité des maladies des yeux*, 1872.

Galien. — *Code des maladies des yeux.*

Gardien. — *Traité des accouchements*, 1824.

Gendron. — Étude sur quelques cas d'affections oculaires d'origine utérine. *Thèse Paris*, 1890.

Grossmann. — Amaurose consécutive à une hémorragie. *Arch. d'opht.*, 1883, t. III.

Guérin. — *Traité des maladies de l'œil*, 1770.

Guibert. — Pronostic de la rétinite albuminurique après l'accouchement. *La Clinique ophtalm.*, 1896.

Heinzel C. — Cécité passagère pendant la lactation. Deutschmann's Beitraege zur Augenheilkunde, janv. 1894, oct. 1895.

Heurnius. — *De Morbis oculorum*, 1602.

Hippocrate. — Œuvres complètes (*traduction de E. Littré*).

Jalabert. — Catalogue des thèses d'oculistique. *Thèse Montpellier*, 1893.

Janin Jean. — Mémoires et observations sur les maladies de l'œil, 1772.

Janot. — Rapports morbides de l'œil et de l'utérus. *Thèse Montpellier*, 1892.

Jeanselme. — *Maladies des yeux*, 1840.

Lachapelle (M^me^). — Pratique des accouchements, 1825.

Lagrange. — *Précis d'ophtalmologie*, 1907.

Lagrange et Valude. — *Encyclopédie* (t. VI-VII), 1904-1908.

De Lapersonne. — De l'intervention dans la rétinite gravidique. *Bulletin de la Soc. fr. d'ophtalmo.*, 9 mai 1888.

Lawrence. — *Traité des maladies des yeux*, 1830.

Lécorché. — De l'altération de la vision dans la néphrite albumineuse. *Thèse Paris*, 1858.

Lécorché et Talamon. — *Traité de l'albuminurie*, 1888.

Level. — Désordres du système nerveux accompagnant la grossesse. *Annales d'oculistique*, t. XIX.

Lowford Knaggs. — Amblyopie réflexe développée pendant la grossesse. *Association médic. britannique*, août 1893.

Lütz. — Maladies des yeux accompagnant la grossesse et l'accouchement. *Mittheilungen aus der opht. Klinik* in Tubingen, 1884.

Mackenzie. — *Traité des maladies de l'œil* (t. II), 1857. Supplément, 1865.

Maitland Ramsay. — *Soc. obstétr. et gynéc.*, de Glascow, 1893, 22 fév.

Maitre Jean. — *Traité des maladies de l'œil*, 1740.

Malpighi. — *De morbis oculorum.*

Meissner. — Troubles de la vue pendant la grossesse. *Société imp. des médecins de Vienne*, mai 1908.

Metaxas. — Des troubles oculaires dans la grossesse et l'accouchement. *Thèse Paris*, 1882.

Meyer. — Avortement et rétinite albuminurique. *Zeitschrift für Augenheilkunde*, 1899.

Miley. — Pronostic de la rétinite albuminurique. *Opt. Soc. of London*, janv. 1888.

Monthus A. — Rétinites albuminuriques. *Th. Paris*, 1902.

Morax. — *Précis d'ophtalmologie*, 1907.

Morgagni. — *De sedibus et causis morborum*, 1765.

Nettleship. — Cécité temporaire pendant l'allaitement :

— *The royal London opht. Hospit. Reports*, 1891.

— *Transaction of the opht. Society* (vol. IV, p. 219, 1884).

Panas. — *Traité des maladies des yeux.*

— Lecons sur les rétinites, 1878.

— Leçons de clinique ophtalmologique, 1899.

Panas et Rémy. — Atlas d'anatomie pathologique.

Pellier de Quensy. — Mémoires et observations sur l'œil, 1783.

Petit. — Collection d'observations cliniques, 1815.

Pétrequin. — Traité pratique de l'amaurose, 1841.

Planchu. — De l'auto-intoxication gravidique. *Gazette des Hôpitaux*, 1904.

Polte. — Examen des yeux chez les femmes enceintes ou en couches. *Klin. Monatsblætter für Augenheilkunde.* déc. 1905.

Puyo. — Des névrites gravidiques. *Thèse Paris*, 1904.

Ribemont-Dessaignes. — Précis d'obstétrique, 1900.

Rochon-Duvigneaud. — *Soc. fr. d'ophtalmologie*, 1901.

Rogman. — Affections oculaires chez les femmes au cours de l'allaitement. *Annales d'oculistique*, t. CXII, 1894.

Scarpa. — Traité d'ophtalmologie (Léveillé), 1807.

Sichel J. — Traité de l'ophtalmie, cataracte et amaurose, 1837.

Sichel A. — Traité d'ophtalmologie, 1879.

Stocké E. — Un cas de névrite rétrobulbaire aiguë. *Bulletin de la Soc. belge d'ophtalmo.*, n° 19, 1905.

De Saint-Yves. — Traité des maladies de l'œil, 1767.

Terrien. — Affections oculaires d'origine menstruelle. *Gaz. des Hôpitaux*, sept. 1903.

— Précis d'ophtalmologie, 1908.

Truc, Jalabert, Chavernac. — *Catalogue des thèses d'oculistique*, 1905.

Truc, Valude, Frenkel. — Éléments d'ophtalmo., 1908.

Tuilant. — De la névrite puerpérale. *Thèse Paris*, 1891.

Uhthoff. — La névrite optique toxique, *XIII^e Congrès international*, 1900, Paris.

Valude. — Atrophie optique durant la grossesse. *Annales d'oculistique* (p. 271), avril 1892.

De Wecker, Landolt. — Traité d'ophtalmologie (t. IV), 1889.

Weller. — Traité des maladies des yeux, 1826.

De Wenzel. — Manuel de l'oculiste (t. I), 1808.

Winckel. — Handbuch der Geburtshülfe, 1904.

Imprim. des Facultés A. MICHALON, 10, rue de Vaugirard, Paris